

# LA FUERZA CULTURAL DE LA EXPERIENCIA CON LA MEDICACIÓN. UNA REFLEXIÓN AUTOETNOGRÁFICA DESDE LA PERPLEJIDAD

La força cultural de l'experiència amb la medicació. Una reflexió autoetnogràfica des de la perplexitat

The cultural force of medication experience. An autoethnographic reflection from perplexity

**Martha Milena  
Silva Castro**

mmsilvacastro@sftospital.com

## RESUM

Seguint la introducció de Renato Rosaldo sobre la "aflicció i la ira dels caçadors de caps ilongotes" es realitza una reflexió autoetnogràfica del concepte de força cultural de les emocions vinculant-ho amb el concepte d'experiència amb la medicació. Aquesta reflexió teòrica es realitza en primera persona a través d'episodis amb intensitat emocional viscuts per l'autora farmacèutica i antropòloga, qui des de la reflexivitat de la seva doble mirada, estableix les relacions entre conceptes de la pràctica de les cures farmacoterapèutiques i de l'antropologia de la salut. Situada entre els límits difusos d'una breu història de vida i un assaig autoetnogràfic, aquesta reflexió aprofita aquestes metodologies qualitatives per generar coneixements pràctics i narrar emocions viscudes compatibles amb allò que significa experimentar allò farmacèutic en termes intersubjectius. També és un exercici narratiu que permet fer front a la força cultural d'una emoció, la perplexitat. L'autora es reubica des de la individualitat de les emocions, cap a l'experiència amb la medicació com a aprenentatge col·lectiu. Apunta que entén l'experiència amb els medicaments com a producte cultural i que l'experiència de la medicació no és individual sinó col·lectiva. Progressivament va descobrint el camp de forces on s'elabora el fet social d'usar medicaments, conscient de la importància de reconèixer la cura contextualitzada que suposa la pràctica del «*Pharmaceutical Care*». Al llarg de la introspecció i l'assimilació de conceptes i vivències que narra l'autora, es van revelant les claus per comprendre què significa la força cultural de l'experiència amb la medicació.

**PARAULES CLAU:** Força cultural; emocions; experiència amb medicaments; cures contextualitzades; autoetnografia; antropologia de la salut; atenció farmacèutica; farmaceuticalització.

## ABSTRACT

An autoethnographic reflection is carried out based on the concept of cultural force of emotions linking it to the concept of medication experience. The introduction by Renato Rosaldo on "Grief and a Headhunter's Rage. The Rage in Ilongot Grief" published in his book "Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis" has been followed to describe this theoretical reflection. This reflection is written in the first person, through episodes with emotional intensity lived by the author, who is a pharmacist and an anthropologist at the same time. From the reflexivity of her double point of view, she establishes the relationships between concepts Pharmaceutical Care Practice and Medical Anthropology. Situated between the blurred boundaries of a short life story and an autoethnographic essay, this reflection takes advantage of these qualitative methodologies to generate practical insights and narrate lived emotions compatible with the meaning of medication experience in intersubjective terms. This essay is a narrative exercise, as well, because it allows her to confront the cultural force of an emotion, the perplexity. The author relocates from individual emotions to the medication experience as collective learning. She points out that she understands the medication experience as a cultural and collective product. She progressively discovers the field of forces where the social fact of using drugs is elaborated. She recognizes the contextualized care that the practice of Pharmaceutical Care implies. Throughout the introspection and assimilation of concepts and experiences narrated by the author, the keys to understanding what the cultural force of the medication experience means are revealed.

**KEY WORDS:** cultural force; emotions; medication experience; contextualized care; autoethnography; medical anthropology; pharmaceutical care; pharmaceuticalization.

## RESUMEN

Siguiendo la introducción de Renato Rosaldo sobre "aflicción y la ira de los cazadores de cabezas ilongotes" se realiza una reflexión autoetnográfica del concepto de fuerza cultural de las emociones vinculándolo al concepto de experiencia con la medicación. Esta reflexión teórica se realiza en primera persona a través de episodios con intensidad emocional vividos por la autora farmacéutica y antropóloga, quien, desde la reflexividad de su doble mirada, establece las relaciones entre conceptos de la práctica de los cuidados farmacoterapéuticos y de la antropología de la salud. Situada entre los límites difusos de una breve historia de vida y un ensayo autoetnográfico, esta reflexión aprovecha estas metodologías cualitativas para generar conocimientos prácticos y narrar emociones vividas compatibles con lo que significa experimentar lo farmacéutico en términos intersubjetivos. También es un ejercicio narrativo que permite enfrentar la fuerza cultural de una emoción, la perplejidad. La autora se reubica desde la individualidad de las emociones, hacia la experiencia con la medicación como aprendizaje colectivo. Señala que entiende la experiencia con los medicamentos como un producto cultural y que la experiencia de la medicación no es individual sino colectiva. Progresivamente va descubriendo el campo de fuerzas donde se elabora el hecho social de usar medicamentos, consciente de la importancia de reconocer el cuidado contextualizado que supone la práctica del «*Pharmaceutical Care*». A lo largo de la introspección y la asimilación de conceptos y vivencias que narra la autora, se van revelando las claves para comprender lo que significa la fuerza cultural de la experiencia con la medicación.

**PALABRAS CLAVE:** Fuerza cultural; emociones; experiencia con la medicación; cuidados contextualizados; autoetnografía; antropología de la salud; atención farmacéutica; pharmaceuticalización.

«Si le pregunta a un hombre mayor, ilongote del norte de Luzón, Filipinas, por qué corta cabezas humanas, su respuesta es breve y ningún antropólogo podría explicarla con prontitud: dice que la ira, nacida de la aflicción, lo impulsa a matar a otro ser humano. Afirma que necesita un lugar "a donde llevar su rabia". El acto de cortar y arrojar la cabeza de la víctima le permite ventilar y desechar la ira de su pena, explica. Aunque la labor de un antropólogo es aclarar otras culturas, no puede encontrar más explicaciones a la declaración concisa de este hombre. Para él, aflicción, ira y cazar cabezas van unidas de forma evidente por sí misma. Entienda o no. De hecho, por mucho tiempo yo no entendí.

En lo que sigue, quiero hablar sobre cómo hablar de la fuerza cultural de las emociones. La fuerza emocional de una muerte, por ejemplo, deriva menos del hecho, en bruto abstracto, que de la ruptura permanente de una relación íntima particular. Se refiere al tipo de sentimientos que uno experimente al enterarse de que el niño que acaban de atropellar es propio y no de un extraño. Más que hablar de la muerte en general, debe considerarse la posición del sujeto dentro del área de relaciones sociales, para así comprender nuestra experiencia emocional.

Mi esfuerzo por demostrar la fuerza de una declaración simple y literal va contra las normas clásicas de la antropología, que prefiere explicar la cultura a través del engrosamiento de telarañas simbólicas de significado. En conjunto, los analistas culturales no usan la palabra fuerza, sino términos como descripción densa, multidicción, polisemia, riqueza y textura. La noción de fuerza, entre otras cosas, cuestiona la suposición antropológica común de que el mayor sentido humano reside en el bosque más denso de símbolos y que el detalle analítico o "profundidad cultural" es igual a la explicación aumentada de una cultura, o "elaboración cultural". ¿En verdad la gente siempre describe densamente lo que más le importa?».

Renato Rosaldo (1989:15)

La «fuerza cultural de las emociones» es un concepto desarrollado por Renaldo Rosaldo (1989:15-31) en su estremecedor capítulo sobre la "aflicción y la ira de los cazadores de cabezas ilongotes" publicado en su libro *Cultura y Verdad*, una nueva propuesta de análisis social. Básicamente este antropólogo señala que la noción de fuerza en una emoción como la ira, implica la experiencia que sucede junto con su intensidad afectiva, lo cual tiene consecuencias importantes que se despliegan después con el paso del tiempo. Este científico social ubica al hecho de experimentar emociones en un plano temporal y en medio de los significados culturales de quienes viven la experiencia. El concepto de fuerza cultural para Rosaldo "da lugar a una intensidad resistente a la conducta humana" ... "incluso sin elaboración del discurso o de un ritual, la ira de los ilongotes mayores que sufrieron devastadoras pérdidas puede impulsarlos a decapitar a otros seres humanos" (Rosaldo, 1989:16-17). Nos hace preguntarnos ¿A dónde va la ira o cuándo se manifiesta el dolor? Y nos responde que los ilongotes usaban el ritual del decapitar para paliar su aflicción.

Yo estaba aterrada de lo que estaba leyendo. ¿Cómo es posible que además de estos rituales un científico social sea capaz de desnudarse ante sus lectores y describir su propia ira,



compararse con unos cazadores y además compararla con su propia emoción, con su propia experiencia de la muerte de sus seres queridos? ¿Dónde está la distancia de la observación? ¿Tan participante es esa observación que hacen las antropólogas y los antropólogos cuando se implican en su trabajo de campo? Estaban temblando los cimientos de la objetividad que aprendí cuando estudiaba Farmacia en Bogotá. Si, así, casi temblando, incluso llorando, estaba en aquel tren entre Barcelona y Tarragona cuando leí este capítulo. Quien se iba a imaginar que las ideas que desarrolla Rosaldo alrededor de la caza y de la muerte, en aquella tribu tan lejana de Filipinas y en aquellos años convulsos de la antropología, iba a ser tan determinante en esta visión clínica que tengo ahora sobre la fuerza cultural en la experiencia con la medicación.

En este nudo del sentido y el sinsentido de la muerte para esta comunidad de hombres ilongotes jóvenes y mayores que se enfrentaban a concluir su ritual de cortar cabezas para evitar el exterminio por sus colonizadores “civilizados” occidentales, y por supuesto, respecto al nudo que supone para el investigador que presencia este ritual con perplejidad, Rosaldo explica que la antropología rechaza correctamente los estereotipos del “*salvaje sanguinario*” y debe investigar *cómo* y *por qué* los cazadores de cabezas crean un deseo intenso por decapitar otros seres humanos. Leer esta explicación supuso mucha confusión para mí, muchas dudas, creo que lo único que comprendí ese momento fue el asombro y el desconcierto de aquellos antropólogos que tendrían que enfrentar aquella situación en su trabajo de campo.

A través del libro “*Cultura y Verdad*”, Rosaldo va elaborando asombrosas explicaciones para cualquier profano de las ciencias sociales, que, además, supongo por mi propia experiencia, que está en shock por leer un ritual relacionado con decapitaciones. El autor sigue elaborando explicaciones e indica que: “en el intento de comprender la fuerza cultural de la ira y otros estados emocionales poderosos, tanto el ritual formal como las prácticas informales de la vida cotidiana, nos proporcionan un discernimiento crucial. Así, las descripciones culturales deberían seleccionar la *fuerza* y la *densidad*, deberían ampliarse de rituales bien definidos a innumerables prácticas menos circunscritas” (Rosaldo, 1989:21).” ¿Cómo podía comparar la práctica de una cacería de estas características con prácticas culturales y con la práctica de la atención farmacéutica y los cuidados farmacoterapéuticos? Aumentaba mi confusión y añoraba llegar al seminario donde conoceríamos a la profesora que había solicitado que hiciéramos esa lectura para participar en sus clases.

Tras aquella impactante lectura, fui claramente consciente de que en los pacientes que había entrevistado había diferentes grados de intensidad de sus emociones, las cuales modulaban completamente sus narrativas sobre su «experiencia con la medicación»<sup>1</sup> (Cipolle, Strand y

---

<sup>1</sup> Traducción de la autora: la **experiencia de la medicación** es la suma de todos los eventos en la vida de un paciente que implican el uso de medicamentos. Esta es la experiencia personal del paciente con medicamentos. Esta experiencia vivida da forma a las actitudes, creencias y preferencias del paciente de acerca de la medicación. (Cipolle, Strand y Morley, 2012:110).

Morley, 2012 [2004])<sup>2</sup>. Comprendí que experiencia y emoción parecían indisolubles, y que las personas entrevistadas sencillamente hablaban de síntomas mezclados con sentimientos. Es más, algunas personas estaban en verdaderos estados de dolor, sufrimiento y aflicción. Por esto logré sentir un poco de alivio cuando leía la propuesta de Rosaldo en su libro que plantea cómo en estos casos de aflicciones de tal intensidad, “las ciencias humanas pueden explorar la fuerza cultural de las emociones para delinear las pasiones que provocan ciertas conductas humanas” (Rosaldo, 1989:25). Para ese entonces, todavía me venían muy grandes las historias de vida de los pacientes que atendía, aún mi madre no había estado al borde de morir de cáncer y yo no había estado del lado de los afligidos, de los doloridos por la radio-quimioterapia, de los desahuciados por el sistema médico. Yo no había habitado esa otra ciudadanía<sup>3</sup> (Sontag, 1996:11). Yo, con mi curiosidad académica de aquel entonces lo único que buscaba, incluso con cierta desesperación, era comprender por qué las personas tomaban las decisiones que tomaban sobre su medicación. Han pasado casi 9 años desde la primera vez que leí a Renato Rosaldo y sólo a través del transitar mi propia historia y de asumir el efecto de la chispa de la perplejidad, pude comprender el profundo significado del mensaje de este antropólogo para cualquier investigadora que quiera trabajar en la esfera de la experiencia y las emociones.

Estaba leyendo este texto gracias a un seminario de “gènere, desigualtats, conflictes, cos i emocions”. Llegué a esta clase conmovida por la lectura que nos habían pedido y por la noticia de que a una persona muy allegada le habían diagnosticado una leucemia con muy mal pronóstico. Pero sorprendentemente, otras emociones empezaron a surgir ante la perplejidad de conocer a la profesora que impartía esas sesiones. No daba crédito a estar en una clase con una mujer, médica y antropóloga a la vez, que condesaba en ‘todo’ su ser la fuerza que le diera su saber. Su saber comprender, su saber escuchar, su saber expresar, su saber interpretar todo a la vez. Por ‘todo’ entiendo sus conocimientos clínicos, sus conocimientos sociales, sus conocimientos como feminista, su sensibilidad y su increíble capacidad de explicar con sencillez lo complejo (Esteban, 2004). No sé si Clifford Geertz (1987[1973]) hubiese imaginado una mujer tan brillante en la interpretación de lo cultural como ella.

Y allí estaba yo experimentando la perplejidad. No podía creer, y creo que en ese momento no lo logré asimilar. Tantas emociones a la vez no dejan ver las situaciones con claridad. Lo que sí era impactante era que estaba ante una persona en la que confluían las ciencias de la salud y las ciencias sociales y que, dentro de un discurso de género, eran una amalgama perfecta. Ambas ciencias más compactas y más fuertes que cuando son materias o materiales (siguiendo la metáfora de la amalgama) por separado. Era tal el impacto que no me parecía una simple mezcla de un líquido académico con otro, más bien era una aleación entre unos

<sup>2</sup> “The **medication experience** is the sum of all the events in a patient’s life that involve medication use. This is the patient’s personal experience with medications. This lived experience shapes the patient’s attitudes, beliefs, and preferences about drug therapy. It is these characteristics that principally determine a patient’s medication taking behaviour.” (Cipolle, Strand y Morley, 2012:110).

<sup>3</sup> “La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una *doble ciudadanía*, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar” (Sontag, 1996:11).

metales hechos por minerales que solo podían ser líquidos a altísimas temperaturas para poderse fundir y crear uno nuevo. Aquellos materiales rígidos que solo unos pocos pueden llevar en sus mentes a estos nuevos estados líquidos. Cabezas brillantes y efervescentes, capaces de hacer una aleación entre la antropología y la medicina. ¿Por qué los ilongotes cortaban las cabezas, y no una pierna o un brazo?, me preguntaba yo por aquel entonces. Ya se iba disipando mi conflicto con el texto de Rosaldo y me estaba reubicando en mi propia historia.

Y así estaba yo perpleja ante esta brillante mujer, espectadora y expectante. esperando hacia donde nos iba a llevar en aquella semana fantástica de seminario con ella. Aparentemente sentados en una clase, pero en el fondo sentadas como mujeres, despertando explícitamente a otro nivel de sensibilidad intelectual, y también implícitamente a nivel emocional. Mi primera emoción, la perplejidad ante ella, me llevó a sentir que hace años no me sentía así. Aparecía entonces la nostalgia, la ausencia, la pena de haber perdido la admiración por ‘los científicos’ y por muchos profesores y muchos profesionales de la salud. De esta manera fue como recordé mis primeras perplejidades en territorio europeo. Los primeros destellos de perplejidad que vinieron a mi memoria venían acompañados de la alegría que me producía la mirada de otra gran mujer. Una de las farmacéuticas que más he admirado en toda mi vida. Una gran compañera del alma, que en su día fue mi profesora de farmacología y farmacoterapia, y hoy también se dedica a la medicina. Lo que estaba sintiendo, escuchando a otra sabia mujer médica, me reconciliaba con la nostalgia del recuerdo de su alegría y valentía que reconocí en ella desde el primer día que la vi. Si, era la misma perplejidad que me estaba generando la profesora de este seminario. Algo así sentí cuando estuve en mi primera clase de farmacología de anticoagulantes. Solo que ella explicaba detalles sobre fármacos anticoagulantes, pero en realidad estaba hablando de personas. Era la única profesional de la salud, farmacéutica de hospital, que presentaba en sus clases su intuitiva visión de la experiencia con la medicación, incluso antes de 2004, año en el que este concepto saliera a la luz (Cipolle, Strand y Morley, 2004). Aquella clase sobre warfarina y acenocumarol me dejó perpleja, ¿Qué clase de enfoque era este? ¿Qué tablas clínicas tiene esta mujer! ¿Cómo puede aplicar tanta teoría farmacodinámica de manera tan práctica en los pacientes de su farmacia, una farmacia comunitaria? Ella había dejado la mejor farmacia de hospital que conocía, ¡por Dios!, el referente de la farmacia hospitalaria para muchos de nosotros en Latinoamérica, para tener su propia farmacia, una farmacia comunitaria, ¿qué había detrás de esa decisión? Hoy en día sé que detrás lo que había era una mujer excepcionalmente sabia, compasiva y apasionada por cuidar y ayudar a sanar a las personas de su alrededor. Para ese entonces, mi perplejidad se convirtió en unas ganas enormes de aprender farmacoterapia de ella, lo que yo no sabía es que ella, esta fantástica mujer, me iba a enseñar a ser mejor persona de lo que yo habría imaginado ser. Estaba claro desde el primer instante que no se trataba de farmacología, se trataba de personas (Tuneu i Valls y Silva-Castro, 2008), pero lo que yo no aplicaba aquella tarde de 2002 es que para pretender cuidar de alguien hay que primero saberse cuidar a uno mismo. Ella cuidó de mi cuando ni siquiera yo era capaz de hacerlo. Y con esta experiencia aprendí que es inútil escondernos detrás de las barreras de la objetividad para ausentarnos



de las relaciones que surgen con los pacientes, con las personas, como personas. Conocí la forma de aproximarme a la experiencia con la medicación sin siquiera percatarme de lo que estaba pasándome. Tanto el ejercicio de la medicina como el de la farmacia han dado la espalda a la «intersubjetividad» (Hernández y Galindo, 2007; Chapela, 2009; Montes de Oca Barrera, 2016), y en esta relación de subjetividades surge la riqueza y la humanización que tanto necesitan las ciencias de la salud. Ella lo hacía cuando era farmacéutica y lo hace ahora como médica especialista. Ella sabe y siempre ha sabido que la experiencia con la medicación es sinónimo de experiencia de enfermedad y de experiencia de vida para cada persona. Ella no necesita esta confusión que se genera al desligar el concepto de experiencia con la medicación, como algo ajeno o distinto de la experiencia de vida de las personas. Ella jamás ha confundido la adherencia con la experiencia farmacoterapéutica. Ella siempre lo ha integrado, y sublimado, esto en su mente brillante, lo aplicaba sabiamente en su práctica clínica y lo enseñaba magistralmente ya por esos días. Lo único que sucede es que ahora sabemos que los científicos sociales reconocían estos conceptos en nuestras prácticas asistenciales antes que nosotros mismos. Esta fue mi primera perplejidad sobre la fuerza de las emociones en la experiencia con los medicamentos, y aún hoy en día perdura mi asombro.

En esos mismos años, también estuve perpleja, y a la vez petrificada, cuando conocí a la mujer que desarrolló el concepto de «*Pharmaceutical Care*» allá por los años 90 (Strand, 1990; Hepler y Strand, 1990). La primera vez que la vi, tuve que vivir la cruel y prematura experiencia de hablar sobre atención farmacéutica frente a ella en un auditorio con alrededor de 200 personas. Allí, presa de la euforia y de la ansiedad, recibí su amable felicitación por una ponencia larguísima, que imagino habrá sido ininteligible para ella y que parecía más bien la nota étnica de un congreso de Atención Farmacéutica. Hoy recuerdo ese momento con pánico y vuelvo a sentir como se me congelan las articulaciones ante tal trance. Luego, pasaron un par de años y paradójicamente tuve la oportunidad de verla en otro congreso en Tarragona, en el mismo lugar donde estaba recordando mis perplejidades gracias al estimulante curso en el que estaba emergiendo toda esta perplejidad. Y ella, esta mujer visionaria, ya no recuerdo si en inglés o en español, me dijo que dejara lo que estaba haciendo y me dedicara a estudiar antropología. Decía que lo realmente importante era cuidar de las personas en la vida real, dejando de un lado las apuestas por investigar desde modelos teóricos artificiales y pasar a la práctica del cuidado en condiciones cotidianas (Strand et al, 2004; Cipolle, Cipolle y Strand, 2006). Me dejó tan impactada aquella conversación, no la asimilé en su momento, y mi torpeza fue sublime cuando sentí que no había sido capaz de explicarle lo maravillosa que estaba siendo mi tesis doctoral. Torpe de mí, me estaba diciendo que el camino del *Pharmaceutical Care* se transita a través de las ciencias sociales, y que, así como antropólogas de la salud y educadores le habían aportado tanto a la Atención Farmacéutica, tendrían que haber profesionales con perfil social para evolucionar en este ámbito. El profundo mensaje era que, para aplicar el verdadero cuidado centrado en los pacientes, había que dejar de actuar como una profesión que gira en torno al discurso monológico de lo farmacéutico y tener la humildad para trasladar el enfoque al mundo simbólico de las personas que enferman y usan medicamentos. Era y sigue siendo necesario “des-egocentrarnos”, dialogar con otros saberes,

los de las personas, los de otras profesiones. Este mensaje quedó latente en mí, allí no empecé mi andar por las ciencias humanas, pero el día que me matriculé en antropología y el día que me gradué en Antropología y Etnografía en la Universidad de Barcelona pensé en cuanto diferente hubiera sido mi camino si no me hubiera dejado encandilar con las luces del ser Doctora en Farmacia en vez de haber empezado antes mi camino en las ciencias sociales. Pasaron alrededor de 8 años para que yo cambiara mi enfoque profesional y en realidad ejerciera una práctica centrada en cuidar pacientes, y fue precisamente cuando empecé a entrar en contacto con las humanidades y la investigación cualitativa, no antes. Y fui muy insensata al no haber comprendido la oportunidad que me estaba mostrando en 2004 en la misma Tarragona. Yo siempre había tenido claro que quería ejercer como científica con un enfoque social, pero como cualquier adolescente tuve que vivir mis propias luchas por tomar por mí misma mis propias decisiones. Siento nostalgia de un destino no transitado, de no haber tenido el valor de hacer lo que ella estaba sugiriéndome, tan sabiamente. Siento remordimiento porque recibí un mensaje claro que debí haber seguido y no actué como debería. Aun así, me consuelo pensando en que lo que si he transitado tampoco ha estado tan mal, aunque indiscutiblemente fue un camino por la vía del sufrimiento y no por la vía de la comprensión. Siento que empecé tarde con las ciencias sociales, pero me alivio creyéndome que más vale tarde que nunca. Al fin y al cabo, estaba allí, en Tarragona en un aula de antropología de la salud. Digamos que el ejercicio de la clase de un seminario estaba ayudándome a reconciliarme conmigo misma.

Desenredando estos desencuentros con mi pasado, los recuerdos sobre esa sensación de perplejidad que venían hacia mí, caí en cuenta que yo conocí a esta mujer a través de un hombre excepcional, y precisamente, en ese momento vi, claramente, que este tipo de perplejidad no la había experimentado únicamente en Europa, también la experimenté de manera semejante en Medellín, en mi país. Sucedió cuando participé en mi primer seminario de Atención Farmacéutica con él como profesor. Es cierto, tampoco daba crédito a lo que estaba presenciando. Aquel farmacéutico encarnaba a la figura que había imaginado del boticario europeo y que llevaba mi reciente adquirida profesión a la dirección hacia la que yo intuía que debería ir. Algo de esto ya me los habían anticipado las personas sabias que me formaron, mis profes<sup>4</sup> del pregrado, quienes más significado han aportado a lo que ha sido para mí “ser farmacéutica”. No había vivido este tipo de tipo de perplejidad académica por ese entonces, supongo porque no tenía criterio para saber que estos profesores de la Universidad Nacional me generaban esa perplejidad, aun antes de ser farmacéutica. En esa temprana edad mi perplejidad era más bien incipiente, pero sí que la admiración y el respeto por su coherencia entre sus ideas y sus actos me hicieron creer en una profesión y querer graduarme en ella. Ellos fueron capaces de explicarme que en otras partes del mundo existían farmacéuticos que trabajaban con la comunidad, que velaban por la salud de las personas, que su sentido social

---

<sup>4</sup> En este punto quiero expresar mi sentido agradecimiento a Juan Federico Theilkühl, Antonio Sanabria Galindo y Jairo Sánchez Ortiz, mis profesores en el pregrado de Farmacia, por las semillas de humanización, cuidado emocional, apertura e integración de saberes para la salud, y por el “*enlightenment*” recibido en un momento tan temprano de mi formación como profesional.



era apoyar el uso 'racional' de los medicamentos. Esto era transgresor para mí, sobre todo en mi formación de pregrado porque el mensaje que me dejaba la Universidad por aquel entonces era que la farmacia era sinónimo de "ciencias duras", de laboratorios de química farmacéutica, y que el eje de mi formación estaba concebido para trabajar en un futuro en la industria farmacéutica. Yo, pasada la mitad de mi pregrado, tuve una crisis existencial cuando descubrí que mi perspectiva laboral de éxito era trabajar en la "big pharma" y que al final mi formación estaría destinada a beneficiar a la empresa privada. Yo, tenía idealizada la Salud Pública, y creía en un mundo donde fuera posible la equidad y la justicia, por lo menos en lo que se refiere a la salud de las comunidades. Suerte que a finales de los años 90 se dieron cambios relevantes en el sistema de salud colombiano y se reforzó la figura del farmacéutico de hospital. Por primera vez me rescataba la farmacia hospitalaria. Y desde que conocí esta área de desempeño profesional, enfoqué mi formación hacia la farmacia asistencial y en ese ámbito profesional tuve mis primeras oportunidades laborales en Colombia de las cuales estoy sumamente agradecida. Por esto, significaba tanto para mí conocer a un "farmacéutico de comunidad" de carne y hueso. Cuando le escuché en Medellín descubrí que estos farmacéuticos comunitarios eran reales, que no eran un mito de los profesores de mi sudamericana Universidad. Y así, sin darme cuenta, se dio un punto de inflexión en mi vida profesional, empezar el camino para convertirme en farmacéutica comunitaria. Mientras tanto, yo estaba en curso en Medellín, inocente, sin imaginar cómo este encuentro cambiaría mi destino.

En esta madeja de recuerdos que estaba reviviendo ante los estímulos emocionales de este seminario de género, desigualdad, conflictos, cuerpo y emociones, nuestra profesora nos hacía reflexionar sobre *cómo* y *por qué* estábamos allí. Yo ni siquiera encontraba enlaces entre las 5 palabras que constituían el título del seminario por aquel entonces. Más bien, me sentí en duelo. Y desde luego que lo estaba. Estábamos apenas ubicándonos en Barcelona y habíamos dejado Sevilla. Sevilla profesionalmente para mí significó transformarme en farmacéutica de comunidad. Aquella perplejidad vivida en Medellín que me llevó a viajar a Andalucía a formarme en Atención Farmacéutica fue el hecho que se convirtió en la chispa que desencadenó una de las rupturas biográficas más importantes de mi vida, migrar desde Colombia a España en la primera década del siglo XXI. En esta época marcada por el 11S y el 11M, por el crecimiento burbujeante de la economía española y por el recrudecimiento del conflicto armado en mi país. Ya no era el sueño americano, era el sueño de volver a la madre patria a estudiar Atención Farmacéutica. El sueño era aprender lo que los farmacéuticos españoles aprendieron a hacer de la mano de los creadores del concepto de *Pharmaceutical Care*. Ciertamente era un sueño. Luego, como nuevas ciudadanas españolas nos ha tocado vivir el estallido de una crisis que no termina y lidiar con hacer parte de la migración indeseada por algunos no pocos habitantes de la Europa que dice llamarse 'Comunidad Europea'. Migrar es como morir en un sitio para renacer en otro. ¿Estaba muriéndome, estaba renaciendo? ¿Por esto estaba tan impactada por las reflexiones de Rosaldo acerca de la muerte? No sentía ira, de hecho, era una representación, casi una metáfora, pero, y ¿por qué sentía esta pena tan grande?, ¿de dónde venía y hasta dónde llegaría? Solo sabía que estaba triste, eso era

tristeza, y ese tipo de desolación dolorosa se parecía a lo que había vivido como duelo hasta entonces. Mis emociones se mezclaban con mi vida, con los sucesos de mi vida. Alguien, que no recuerdo quién fue, dijo: “Somos hijas de la historia”, y allí estaba yo reexperimentando mi historia con mis recuerdos. Mis vivencias no se desligaban de mi historia ni de la época en la que había tenido que vivir. Así debería ser la experiencia con la medicación de las personas, imposible desvincularla de la historia personal y de la historia de su lugar en el mundo.

Tenía entonces que reconocer que estaba en duelo, experimentaba esta sensación de desarraigo, de ruptura. Descubría en una clase que lo que estaba viviendo era una nueva migración. Lo que no sabía en aquel momento era que estaba migrando de Andalucía a Cataluña. No sabía que este camino de desarraigo lo habían experimentado muchas personas durante y después de la Guerra Civil española, y yo estaba haciendo lo mismo simbólicamente. Además, si estaba dejando mi familia sevillana, a todos ellos, por buscar suerte en otras tierras. Mucho ímpetu me acompañaba ese entonces, pero también me acompañaba una pena que no sabía que tenía. Cataluña es más desarrollada asistencialmente que Andalucía, me justificaba yo por aquel entonces, pero al final la cuestión era que la atracción más que por asistencial terminó siendo por lo social. En Cataluña me hice antropóloga, en Cataluña mis pacientes migrantes andaluces con quienes me podía comunicar simbólicamente me enseñaron lo que era la experiencia con la medicación. Yo comprendía su migración porque era el mismo viaje que yo hacía, lo que pasó es que lo iba comprendiendo “sobre la marcha”, nunca mejor dicho. Y el proceso completo solo lo veo ahora, desde fuera de Cataluña, desde otro lugar.

Desde este otro lugar, desde aquella aula de clase en Tarragona, estaba experimentando mi duelo de una manera muy inconsciente. Solo recordaba mis perplejidades y echaba de menos mi trabajo al lado de él. ¡Qué pena dejar de ver pacientes a su lado, qué pena dejar de trabajar en su farmacia! Tan en estado de duelo estaba que hasta sus riñas me parecían necesarias. Recordaba todo el entorno, la consulta, las calles de Nervión, las caminatas desde la farmacia hasta el barrio Santa Cruz, la Sevilla de las tradiciones y la Sevilla que además alberga 3000 viviendas. Echaba de menos el olor de los naranjos y el color de las jacarandas, pero, que curiosas las emociones humanas, sobre todo recordaba y extrañaba su letra, su forma de escribir, como escribía sobre los formatos de las historias farmacoterapéuticas. Recordaba sus apuntes a mano con boli azul en el cuaderno de visitas que estaba en el centro de la mesa redonda donde atendíamos a los pacientes y donde hablábamos con tantas personas, pacientes, familiares, compañeros, alumnos. Recordaba los trazos de su caligrafía, que siempre me ha parecido femenina, y que yo supongo que refleja su sensibilidad hacia los otros, hacia nosotras. Así como por aquel entonces recordaba su letra, ahora admiro sus letras, convertidas ahora en narraciones, en su escritura literaria (Machuca, 2014; Machuca, 2016; Tocco y Machuca, 2020). Que para mí no deja de ser otro tipo de etnografía de las vidas vividas en Sevilla y que sólo él con el arte que lleva en las venas sabe expresar. Creo que hoy en día está llevando la comunicación de la experiencia de otros a otro nivel de significado. A una resignificación literaria que nos permite a sus lectoras buscar entre sus relatos lo asistencial dentro de lo coloquial, lo cotidiano, proceso que la vida misma nos da día y día, pero que

menospreciamos en nuestra prepotencia de creernos científicos antes que seres humanos comunes, cotidianos, lectores de novelas, inmersos en la socialización. Socialización que está por encima de la ciencia y la creencia, de los estilos versados o profanos, «fenómenos socio-médicos» (Farmer, 2010) que más bien recrean jerarquías y alternidades, hegemonías y subalternidades, siempre buscando otros sin darnos cuenta de que la humanidad es un nosotros, somos todos nosotros. En cualquier caso, todas estas asimetrías entre personas afectan nuestra vida, algo que las feministas insisten en mostrarnos en tanto que los medios normalizan con su grave influencia, cuando en realidad vivimos en un campo de tensiones entre nuestras diferencias e indiferentes ante nuestras semejanzas. Somos títeres de las fuerzas sociales y vivimos, sin cuestionarnos, atrapados en las cuerdas con las que somos manejados. Él siempre se ha resistido, a través de una forma incomprendida de ser farmacéutico y se rehace entre sus escritos. Más de una vez le han cortado la cabeza como a los ilongotes, porque el mismo se corta las cuerdas para resistirse a sus titiriteros. Siempre ha querido recorrer su propio camino libre de ataduras, se resiste a ser una marioneta. Sin embargo, a pesar de su fuerza, no ha sido posible resistirse todas las veces, se ha caído muchas veces porque para cualquier ser humano es difícil caminar con los músculos atrofiados por las fuerzas de las cuerdas que nos controlan. Aun así, se ha lamido las heridas y vuelve a levantarse para intentar seguir su auténtico camino. Por eso, algunos títeres le seguimos, a falta de cuerdas o a falta de cabeza.

Reflexionaba sobre todo esto y pensaba que también los títeres experimentan el duelo de desatarse de su titiritero. No es fácil asumir las riendas de la vida, siempre es más fácil no tener la responsabilidad y más bien vivir el confort de ir de un lado a otro llevado por otros, sin hacer mayor esfuerzo. Por eso el desarraigo y la desvinculación de un grupo duelen, duele porque se pasa a un estado de ausencia de fuerzas sociales, duele porque eres nuevo en ese otro escenario de fuerzas y no sabes hacia dónde va la corriente. Quizás este dolor no desaparece hasta que te encuentras otro titiritero interesado en llevarte o hasta que encuentras personas al otro lado que te reciben y te reconocen por tus valores como ser humano. Quienes compasivamente te permiten andar con torpeza dada la falta de cuerdas. Allí, en cuanto la pena por el desapego por dejar lo conocido sucede, emerge a la vez la solidaridad y la fraternidad que también habitan en otros lugares. Siempre hay desconocidos portadores de consuelo para los migrantes, siempre hay solidaridad en alguna parte de un nuevo destino. Casi siempre podemos volver a confiar, solo hay que encontrar las personas apropiadas. El pasado y el presente inevitablemente se mezclan, se mezclaban allí en esa aula de Tarragona y se mezclan hoy cuando escribo sobre mis emociones vividas, tal como hacemos todos los seres humanos, vivir, revivir, “recordar es vivir”, ubicarse, reubicarse, significar, resignificar. Evidentemente hoy yo resignifico mi duelo de aquellos días de migración entre Andalucía y Cataluña, el dolor reaparece, incluso mientras escribo saltan las lágrimas. Sin embargo, al hilo de la solidaridad también vivida surge la gratitud con quienes me dieron abrigo en este nuevo lugar. Casi como una herencia de nuestro trabajo en la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia en Sevilla, ya la conocía a ella, una farmacéutica como las que no se cree que existen, pero sí que existen y crean otras realidades. Ella y su hija me



rescataron casi como un *homeless* profesional, me dieron un hogar y un lugar asistencial en su farmacia. Una farmacia con ancestros, médico y farmacéutica en el imaginario de los habitantes del pueblo donde se construyó. Una farmacia que hace caso a su historia y le da identidad. Esta farmacia que me acogió en Granollers fue un lugar donde la experiencia dio paso a la experimentación y a la creatividad. Aprovechando lo aprendido en nuestro paso por Sevilla, nosotras trabajamos codo con codo para comprender la experiencia farmacoterapéutica a través de nuestra práctica asistencial. Sin estar liberadas del todo de nuestras ataduras, nosotras creamos una Unidad, también de Optimización de la Farmacoterapia, por la gente y para la gente del barrio. La gran mayoría de nuestros pacientes son personas trabajadoras, familias luchadoras por forjar un futuro digno para sus hijos, también migrantes internos o externos, latinoamericanos como yo, africanos como muchos, al fin y al cabo, todos *invisibles* para el sistema, todos individuos sobrellevando las políticas postcrisis económica, el copago sanitario y los albores de la crisis catalana. Este colectivo que tenía su punto de contacto y acceso a los medicamentos en esta farmacia nos ayudó a entender *la experiencia con los medicamentos como un producto cultural*. Para ser más precisas, aprendimos contextualizando la experiencia en vez de pretender generalizarla, nos enfocamos en nuestro lugar asistencial. Si bien hay patrones comunes en la experiencia humana, identificamos que el factor determinante es el dónde sucede la experiencia lo cual está condicionando el *por qué* y el *cómo* viven las personas su propia experiencia. Insertada en sus redes sociales, en su familia, en su cotidianidad, nuestro cometido era contextualizar lo sucedido para ayudar a obtener el máximo provecho de los medicamentos que estaban utilizando nuestros usuarios. Los estudios en psicología realizados y la capacidad organizativa de ambas, y mi formación paralela en antropología fueron aportando los elementos para llevar a la práctica lo que yo llamo un *cuidado contextualizado*. En este periodo, descubrimos que la farmacia comunitaria es un lugar etnográfico, que es un campo de fuerzas donde se influye en la experiencia con la medicación de los pacientes (Silva-Castro, 2015). Ratificamos la hipótesis de Ronaldo en tanto que la experiencia con la medicación tiene intensidad y se puede modular entre estados emocionales y las prácticas de la vida cotidiana. Varios autores describen la influencia de la farmacia comunitaria en los patrones de consumo de la población, incluso nos acusan de fomentar la medicalización y la medicamentación en las comunidades (Conrad, 1992; Conrad, 2007; Abraham, 2010; Williams, Martin y Gabe, 2010). Cierto o falso, nosotras quisimos darle la vuelta a esa visión mercantilista del farmacéutico que tiene una “*botiga*” y recuperar la esencia del boticario como agente comunitario de salud (Silva-Castro, Rius-Font, Font-Olivet, 2013). En esta trayectoria transitamos en la experiencia con la medicación de nuestros pacientes aprendiendo y entendiendo que nuestra influencia en el uso de los medicamentos también puede ayudar a mejorar la calidad de vida asociada a la salud (Silva-Castro et al, 2015). Quisimos dejar de ser marionetas del mercado farmacéutico que se operativiza en las farmacias comunitarias y más bien enfocamos nuestros conocimientos y habilidades de comunicación en crear una asistencia que resolviera necesidades farmacoterapéuticas, buscando soluciones más que problemas. Nos desatamos de las cuerdas que pudimos y dimos nuestros primeros pasos en poner una Unidad de Optimización de la Farmacoterapia al servicio de la gente del barrio. Del ejercicio de explorar la experiencia

con la medicación en los pacientes nos queda que las prácticas centradas en los pacientes son imprescindibles para prevenir la morbimortalidad relacionada con medicamentos, pero que son insuficientes si no se amplía el enfoque con una perspectiva cultural. Básicamente confirmamos lo que planteaba Paul Farmer (2010:191) "*Adopting a patient-centered approach, though important, is insufficient*".<sup>5</sup>

Por esto nos encontramos ante el desafío de afrontar lo cultural de lo farmacoterapéutico. La dimensión cultural se reveló ante nosotras al escuchar las narrativas de los pacientes, al conocer sus historias, al compartir sus preocupaciones, sus miedos, sus dilemas, sus decisiones. Les acompañamos y nos acompañaron durante algo más de 5 años, y los vínculos perduran hasta ahora. Con toda esta vivencia acumulativa llegamos a la conclusión de que la experiencia con la medicación no es sólo del paciente, la construimos entre todos. *La experiencia de la medicación no es individual, es colectiva*. Por colectivo entendemos todos aquellos implicados en lo que está experimentando cada persona. Por ejemplo, si como farmacéuticos estamos implicados en ayudar en el uso de inhaladores para un paciente mayor con EPOC, si están implicados familiares, algún vecino, su enfermera, su médico, los servicios sociales que le proveen un cuidador, todos realmente estamos participando en detectar y ayudar a resolver necesidades farmacoterapéuticas, todos ellos, todos nosotros transformamos la experiencia de uso de aquellos medicamentos, en cada caso particular, en cada contexto particular. Aprendimos que esta, la experiencia con la medicación tiene características intersubjetivas, es un hecho social que obedece a muchas influencias, incluidos nosotros mismos como agentes sociales. En términos antropológicos, los pacientes tienen agencia, nosotros también, los que nos rodean también, hagan parte o no del sistema de salud, cada uno contribuye con su capital humano, con la posición que ejerce en su comunidad. Cada ser humano tiene su propia agencia, es decir, la habilidad de elegir actuar, o no actuar.

Llegados a este punto cobra sentido la explicación de Rosaldo sobre la fuerza de las emociones en cuanto a que la experiencia con la medicación tiene más de irracional que de racional. Parece incompatible con aquella frase hecha tan repetida en la profesión farmacéutica "promover el uso *racional* de los medicamentos", cuando en realidad nos confronta a lo *irracional* que sucede cuando se usan medicamentos. Justamente se trata de sentimientos, emociones, percepciones, intuiciones, de hecho, hace referencia a lo intangible a lo no cuantificable, a lo que la estadística no es capaz de explicar. ... A mí, por aquel entonces, me parecía una crueldad el ritual de cortar las cabezas de otros para poder depositar la ira por la muerte de un ser querido. No obstante, detrás de esto hay un componente simbólico inmenso. Cortar la cabeza es desconectarla físicamente del corazón, es desconectar la mente de los sentimientos. Nos parece cruel en otros, en los salvajes e incivilizados ilongotes, pero no nos parece cruel cuando pretendemos que la razón este desconectada del corazón. ¿Cuántas veces no hemos cortado simbólicamente la cabeza a otros que creemos salvajes, ignorantes, inmigrantes, o extraños? ¿Cuántas veces nuestra prepotencia científica

<sup>5</sup> Traducción de la autora: Adoptar un enfoque centrado en el paciente, aunque es importante, es insuficiente (Farmer, 2010:191).

ha cortado la cabeza de nuestros profanos pacientes? Conmigo casi lo logran aquel día en que los médicos nos dijeron “no hay nada que hacer, a ella solo le quedan 6 meses de vida”. En estas sentencias, en estas palabras lapidarias de un supuesto profesional de la salud no había nada de compasión. Me dieron una “razón” que no tenía nada que ver con lo que pudiéramos sentir o con lo que fuéramos capaces de hacer. Con un argumento científico muy sólido, me arrancaron el alma de dolor. Iba a morir y no teníamos nada más que hacer. Es así como algunos profesionales decapitan a sus pacientes en su mundo simbólico. Parece que los pacientes y sus allegados fueran seres sin capacidad de pensar, de sentir, de actuar, de cambiar su realidad. Pareciera que el dolor, el sufrimiento, la aflicción nos convirtiera en seres ignorantes, insensatos, mal llamados “subjetivos”, por lo que más vale no contar con lo que piensen, sientan o digan ellos, esos otros ajenos, mientras los profesionales se atreven a hacer esto diciendo que se trata de “objetividad”. Con-razón (su razón) los ilongotes depositaban la ira en un ritual quitando cabezas, la forma más definitiva de quitar a alguien su humanidad. Sin-razón los profesionales de la salud anulan el mundo subjetivo y simbólico de los pacientes que atienden ignorando sus emociones, sus reacciones, sus interpretaciones de lo que están experimentando. Creernos objetivos nos hace omitir ‘lo humano’ del proceso asistencial, cabezas rebosantes de datos biomédicos separadas de cuerpos doloridos. Ojalá incluyéramos nuestras subjetividades para cuidar apropiadamente a las personas que lo necesitan. Nuevamente recordaba lo que me habían enseñado todas ellas, la importancia de la intersubjetividad en cualquier proceso asistencial.

Por esto, el texto antropológico de Rosaldo y mi propia trayectoria, me hacen comprender que aquí está el «core»<sup>6</sup> de nuestro problema profesional en el ámbito farmacéutico. No hemos sido capaces de aceptar una explicación no estadística o no epidemiológica del cuidado que pueden brindar farmacéuticas y farmacéuticos, ni mucho menos de la experiencia con la medicación como *concepto clínico intersubjetivo*. Estamos obstinados en cuantificarla o en medirla a través encuestas o en test validados, todo a través de modelos estadísticos que nos permitan decir que lo mismo sirve para todo el mundo. Necesitamos desesperadamente inferir y generalizar. A todas estas herramientas no resto importancia, sino que simplemente se convierten en un vehículo del que no cuestionamos a dónde nos lleva. Es como una especie de negación al particularismo y un refuerzo a la idea de que la ciencia biomédica es la única verdadera. Todo esto sucede porque no tenemos formación en ciencias humanas y el camino fácil es negar lo desconocido. Cuando nos enfrentábamos a personas destrozadas, llorando su aflicción cuando les estábamos formulando un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud donde preguntábamos u observábamos cómo la persona se refería a expresiones tales como: “soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas”, “estoy extremadamente ansioso o deprimido”, “tengo mucho dolor o malestar”, muchos pacientes se derrumbaban ante nosotras y nos explicaban sus estados emocionales con su particular intensidad. Con lágrimas, con sufrimiento, con aflicción. Incluso muchas personas ante estas preguntas se

---

<sup>6</sup> ‘core’ escrito con ambos sentidos del idioma inglés, como el *centro*, el *núcleo* y como el *corazón* de esta situación.



estaban enfrentando al hecho de morir, ellas mismas o sus seres queridos. Mientras, a las profesionales nos enseñan a estar preocupadas solamente por la validez estadística de aquel cuestionario. Frente a situaciones como estas, nosotras no podíamos ser indolentes a sus sentimientos e inevitablemente recurrimos a nuestra humanidad para tratar sobre dolores humanos. Dejamos en segundo plano a los analgésicos y pasaron a primer plano la solidaridad, la comprensión, el apoyo, incluso lo afectivo. Obviamente, obtuvimos resultados imposibles de publicar en revistas biomédicas de un alto índice de impacto porque el contraste de hipótesis se hacía desde la confraternidad. Y así, poco a poco fuimos cambiando nuestra forma de ver los test, los cuestionarios y tantas herramientas (o entelequias) creadas por la ciencia biomédica para convertirlos en puertas de entrada al *mundo experiencial e intersubjetivo* de las personas que atendíamos. Nuestros registros están llenos de emociones, frases textuales de los pacientes, notas de campo, que solamente pueden ser analizadas desde aproximaciones antropológicas. En consecuencia, nos encontramos nutriendo nuestra práctica asistencial de las ciencias sociales. La reflexividad y el análisis interpretativo fueron nuestras tablas de salvación en este mar que empezábamos a navegar. Pero nos sentíamos muy solas, y lejos de nuestras maestras y maestros. Esta soledad sólo se aliviaba cuando él desde Sevilla acudía a Granollers a dar un curso que solía impartir con nosotras, y quizás, en alguna medida, esta sensación de soledad se dispersó un poco cuando se publicó esta autoetnografía (Álvares Machado Silva, et al., 2017) realizada en Brasil. De hecho, los sentimientos de una de las autoras, expresados su autoetnografía no se alejan de los nuestros. Necesitábamos de otras habilidades para cuidar a nuestras y nuestros pacientes. Lo que nos habían enseñado nos alejaba, en vez de acercarnos, a la experiencia vivida por las personas. Muchas veces nos sentimos frustradas y enfadadas con las universidades tan alejadas de la realidad. Al respecto también Renato Rosaldo<sup>7</sup> discute:

*“The notion of one's profession as a calling in the pursuit of perfection produces careers that revolve around the twin poles of great effort and tremendous frustration. Arguably, this vocational ethic promotes not only institutional devotion and human unhappiness but also an overly constricted definition of legitimate sources of knowledge (Rosaldo, 1993:107)”.*

Ahora pienso que la responsabilidad de nuestra formación de postgrado es de cada profesional y que una vez nos enfrentamos a la vida laboral hemos de tener el criterio para dirigirnos al sendero adecuado. La idea de la Universidad que nos debería enseñar lo que deberíamos saber es una quimera. Más bien son los colectivos profesionales los que deberían adelantarse y apoyar a los profesionales en los nuevos desafíos. Así como cuidamos de los pacientes deberíamos cuidar de nuestros compañeros, al final, ¿Quién puede ser mejor maestro que un buen compañero de viaje, que un compañero de profesión? De esta manera comprendí que mi perplejidad ante personas que he admirado, esa emoción era como la luz de un faro, era el momento en que veía personas claves en mi orientación profesional. Todas

<sup>7</sup> Traducción de la autora: la noción de la propia profesión como vocación en la búsqueda de la perfección produce carreras que giran en torno a los polos gemelos del gran esfuerzo y la tremenda frustración. Podría decirse que esta ética vocacional promueve no solo la devoción institucional y la infelicidad humana, sino también una definición demasiado restringida de fuentes legítimas de conocimiento (Rosaldo, 1993:107).

ellas son personas que han sido faros profesionales en mi vida y han sido quienes me han llevado a destinos que ha valido la pena conocer, a pesar de no estar seguras exactamente de que sería lo que sucedería. Con tormentas alrededor y con mucha oscuridad, la fuerza de mis emociones y de mis experiencias con las experiencias con otros, ha sido iluminada con la sabiduría de personas que han sabido percatarse de que lo humano es la clave de cualquier proceso asistencial. Personas con quienes hemos compartido subjetividades, sentires y razones sobre cómo ser profesionales, sobre como humanizar el cuidado.

Todo el conjunto de vivencias durante todos estos años vuelve a desatar mi perplejidad. Duele reconocer que el valor de los hechos se aprecie con la distancia. En aquellos días no éramos tan conscientes de lo que estaba sucediendo cada día en nuestra práctica asistencial. Aun así, esta experiencia sobre la experiencia con la medicación es la que nos permite resignificarla e interpretarla a la luz de las ciencias sociales. La profesora de aquel seminario supo encontrar una mezcla perfecta en su propuesta metodológica de los itinerarios corporales (Esteban, 2008:135-158) para comprender las trayectorias personales. *Continuum* de experiencias, emociones, embebidas en las acciones que dan cuenta de quienes somos, de nuestras decisiones terapéuticas o personales. Realmente es de gran utilidad para situar la experiencia con la medicación en los contextos de salud. Razón llevaba ella en aproximarnos a Rosaldo en su propuesta de análisis social. Porque hacía referencia a las múltiples identidades profesionales que vamos desarrollando (Rosaldo, 1993:107). Para contestar el reto que me planteó aquel seminario y que yo viví con aquella perplejidad, recurro nuevamente a esta metáfora de los faros haciendo una analogía sobre la luz que ilumina una trayectoria, a lo que Renato Rosaldo llama «*enlightenment*». Considero que comprender la experiencia con la medicación de las personas consiste en una forma recuperar la *visibilidad cultural* (Rosaldo, 1993:198) de los usuarios de medicamentos. Acercando subjetividades en el marco de «modelos dialógicos» (Martínez Hernández, 2008:185-189) incorporando un «enfoque relacional» (Menéndez, 2009:241-269) de atención en salud, e identificando la «eficacia simbólica» y la «eficacia social» (Whyte, Van der Geest y Hardon, 2002:23-76) cuando entendemos el uso de medicamentos como un hecho biopsicosocial. Reconocer la experiencia de *otrx* con *otrxs* sería un gran paso para nosotras y nosotros, farmacéuticas y farmacéuticos, quienes queremos ayudar a resolver las necesidades farmacoterapéuticas. Visibilizar la experiencia de las ciudadanas de a pie, usuarias de medicamentos como gran parte de la población, nos ayudaría a aportar a la sociedad comprensión, e incluso soluciones concretas, sobre la morbimortalidad relacionada con los medicamentos. El *por qué* hacerla visible se fundamenta en nuestra ética profesional, el *cómo* se puede nutrir con las ciencias sociales que saben cómo encarar la complejidad de la fuerza cultural de este hecho biopsicosocial, el *qué* corresponde a la filosofía del *Pharmaceutical Care*. Sólo nos queda decidir el *cuándo*, y esta es tarea profesional de cada una de nosotras, si cada una quisiera que su identidad social esté alineada con su identidad profesional. Siguiendo a Rosaldo, incluir el análisis social en la práctica del *Pharmaceutical Care* subrayaría la unión de una postura analítica con un proyecto ético y dejaría obsoleta la visión del observador, del profesional objetivo, distante, completamente desprendido que mira hacia abajo (donde está el paciente)

desde lo alto (donde reside su prestigio profesional). Precisamente la invitación es a hacer lo contrario, a conectarse respetuosamente con la comunidad, como farmacéuticas por la comunidad que declaramos ser. Todo esto como sugiere Rosaldo<sup>8</sup>:

*"Social critics work outward from in-depth knowledge of a specific form of life. Informed by such conceptions as social justice, human dignity, and equality, they use their moral imagination to move from the world as it actually is to a locally persuasive vision of how it ought to be. Because different communities differ in their problems and possibilities, such visions must be more local than universal"* (Rosaldo, 1993:194).

Ahora estoy en unas nuevas aulas de otra Universidad, ya no escribo desde Cataluña, escribo desde más al norte. Hace mucho no veo a esta docente tan inspiradora, pero cuando me siento en cualquier seminario de *Medical Anthropology*, ella y su saber compartido, siguen siendo un faro que me guía en este mundo académico angloparlante que supone un gran desafío para mí. Sus libros viajan conmigo y están apilados cerca de mí para recurrir a ella para buscar referencias fundamentales. Coincidentalmente en la primera sesión de un curso de *Medical Anthropology and Sociology*, la conferencia trataba sobre *Visibility and Invisibility in Global Health* (Gerrets, 2010). El profesor magistralmente planteaba ¿Por qué y cómo algunos temas en salud o algunas realidades sociales tiene más o menos visibilidad en comparación con otros? Y nos preguntaba ¿Con base a qué criterios las antropólogas y los antropólogos de la salud consideran un problema digno de abordaje? Mientras tanto, yo trataba de no perderme nada de lo que está planteando, porque cuando me hablan en otra lengua no puedo más que seguir un solo discurso, pero no puedo evitar reflexionar acerca de que cuando ejercemos como farmacéuticas, tenemos muchas zonas con visibilidad y muchas formas de ceguera, y ellas surgen en nuestro abordaje de la experiencia con la medicación. Otra vez experimento la perplejidad al percibir la fuerza en el discurso cuestionador de este nuevo profesor. Que sea en otro idioma no me desconecta, al contrario, me obliga a enfocar mi atención. Nos pide que hagamos un escrito, una breve descripción densa a partir de una experiencia personal. Lo que acaban de leer es el ensayo que escribí como descripción densa, el producto que ha resultado de participar en los seminarios de *Contemporary Topics and Research Design in Medical Anthropology*. Lo que mi mente no pudo contener y explotó en forma de palabras conforman este escrito. Vuelvo a sentir en estos recientes seminarios la misma sensación, la experiencia que viví entre Cataluña y Andalucía, la perplejidad desató estados emocionales que me permiten resignificar y comunicar mis propias experiencias. Escribir historias de vida y la autoetnografía en sí misma no solo es una estrategia metodológica (Vries, 2012:374-383; Blanco, 2012:49-74; Green y Thorogood, 2018:183-184) es un paliativo para enfrentar la perplejidad. **Mi propia historia es la que me revela las claves para comprender lo que significa la fuerza cultural de la experiencia con la medicación.**

<sup>8</sup> Traducción de la autora: desde el conocimiento profundo de una forma de vida específica. Informado por concepciones tales como la justicia social, humana dignidad e igualdad, usando su imaginación moral para moverse del mundo como lo es en realidad y desplazándonos a una visión localmente persuasiva de cómo debería ser. Porque las diferentes comunidades difieren en sus problemas y posibilidades, tales visiones deben ser más locales que universales (Rosaldo, 1993:194).



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, J. (2010). "Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions". *Sociology*, 44: 603-622. <https://doi.org/10.1177/0038038510369368>
- ÁLVARES MACHADO SILVA, D., ARAÚJO MEDINA MENDONÇA, S., O'DOUGHERTY, M., RAMALHO DE OLIVEIRA, D., CHEMELLO, C. (2017). "Autoethnography as an instrument for professional (trans) formation in pharmaceutical care practice". *The Qualitative Report*, 22(11): 2926-2942. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2745>
- BLANCO, M. (2012). "Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos". *Andamios*, 9 (19), 49-74. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-00632012000200004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632012000200004)
- CIPOLLE, C. L., CIPOLLE, R. J., STRAND, L. M. (2006). Consistent standards in medication use: the need to care for patients from research to practice. *Journal of the American Pharmacists Association; JAPhA*, 46(2), 205-212. <https://doi.org/10.1331/154434506776180720>
- CIPOLLE R, STRAND L, MORLEY P. (2004). "The patient's medication experience". En: CIPOLLE, R., STRAND, L., MORLEY, P. *Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide*. Segunda Edición. New York: McGraw-Hill.
- CIPOLLE, R., STRAND, L., MORLEY, P. (2012). "The Patient's Medication Experience". En: CIPOLLE, R., STRAND, L., MORLEY, P. *Pharmaceutical Care Practice. The patient centered approach to medication management*. Tercera edición. New York: McGraw-Hill.
- CHAPELA, MC. (2009). "Vínculo intersubjetivo: alternativa de cambio en las profesiones de la salud humana". *Rev Fac Nac Salud Pública*, 27(1): 76-80. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2009000100013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000100013&lng=en&tlng=es)
- CONRAD, P. (1992). "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- CONRAD, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- ESTEBAN, M. L., (2004). *Antropología del Cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- ESTEBAN, M. L., (2008). "Etnografía, itinerarios corporales y cambio social. Apuntes teóricos y metodológicos". En: E. Imaz (ed.). *La materialidad de la identidad*. Donostia/San Sebastián: Editorial Hariadna.
- FARMER, P. (2010). "Social Scientists and the New Tuberculosis". En: FARMER, P. *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader*. Berkeley: University of California Press.
- GEERTZ, C. (1987[1973]). "Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura". En: *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GERRETS, RP. (2010). *Globalizing international health: The cultural politics of 'partnership' in Tanzanian malaria control*. New York University, ProQuest Dissertations Publishing. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/b4710bfe6efb1a305ca27625376bfce9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- GREEN, J. THOROGOOD, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research*. 4th edition. London: SAGE Publications Ltd.
- HEPLER, C. D., STRAND, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533-543.
- HERNÁNDEZ ROMERO, Y., GALINDO SOSA, RV. (2007). "El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz". *Espacios Públicos*, 10(20): 228-240. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67602012>
- MACHUCA, M. (2014). *El Guacamayo Rojo*. Sevilla: Ed. Anantes Gestoría Cultural.
- MACHUCA, M. (2016). *Tres mil viajes al sur*. Sevilla: Ed. Anantes Gestoría Cultural.

- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- MENÉNDEZ, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- MONTES DE OCA BARRERA, LB. (2016). "Una ventana epistémica a la (inter) subjetividad. Las potencialidades del método etnográfico [En línea]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 17(1): 8. <https://doi.org/10.17169/fgs-17.1.2227>
- ROSALDO, R. (1989). "Aflición e ira de un cazador de cabezas". En: ROSALDO, R. *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*. México: Editorial Grijalbo.
- ROSALDO, R. (1993). *Culture & Truth: the remaking of social analysis: with a new introduction*. Boston: Beacon Press.
- SILVA-CASTRO, MM. (2015). El dolor tratado con medicamentos. *La experiencia farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos* [Tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/67294>
- SILVA-CASTRO, MM., FONT OLIVET, A., RIUS FONT, L., DÍAZ-CANEJA, GC., BERMÚDEZ-TAMAYO, C. (2015). "Avaluació del seguiment farmacoterapèutic en pacients d'una unitat d'optimització de la farmacoteràpia". *Circ. Farm.*, 73 (4): 19-26. Disponible en: [https://www.cofb.org/documents/10136/252210/Circular\\_73-4+v2.pdf/161e3b45-81d8-46f2-8f67-a66f65d8be352](https://www.cofb.org/documents/10136/252210/Circular_73-4+v2.pdf/161e3b45-81d8-46f2-8f67-a66f65d8be352)
- SILVA-CASTRO, MM., RIUS FONT, L., FONT OLIVET, A. (2013). "Optimización de la Farmacoterapia. Estrategia para una mejora de la calidad asistencial en la Atención Sanitaria Domiciliaria". *Rev. O.F.I.L.*, 23 (2): 45-48. Disponible en: <https://ilaphar.org/wp-content/uploads/2014/01/OFILn232.pdf>
- SONTAG, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Santillana, S.A. Madrid: Taurus.
- STRAND, L. M. (1990). Pharmaceutical care and patient outcomes: notes on what it is we manage. *Topics in hospital pharmacy management*, 10(2), 77-84.
- STRAND, L. M., CIPOLLE, R. J., MORLEY, P. C., FRAKES, M. J. (2004). The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. *Current pharmaceutical design*, 10(31): 3987-4001. <https://doi.org/10.2174/1381612043382576>
- TOCCO, S., MACHUCA M. (2020). *Mujeres en movimiento*. Sevilla: Extravertida Editorial.
- TUNEU I VALLS, L., SILVA-CASTRO, MM. (2008). El paciente como centro del seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp*, 10(3): 120-130. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/issue/archive>
- VRIES, P., DE. (2012). "Autoethnography". En: Delamont, S. (Ed.). *Handbook of qualitative research in education*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- WHYTE, S.R., VAN DER GEEST, S., HARDON, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WILLIAMS, S., MARTIN, P., GABE, J. "The Pharmaceuticalisation of Society? A Frame for Analysis". *Social Health Illn*, 33 (5): 710-725. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>

\* \* \*