



# ANTROPOLOGÍA, SALUD MENTAL Y CAMPO UNIVERSITARIO: ANTES Y DESPUÉS DEL COVID-19

**Luis Alberto SUÁREZ ROJAS**

Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
lsuarezr@unmsm.edu.pe

**Gabriela CALVO**

Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
abigabrielac@gmail.com

## RESUMEN

El presente artículo analiza la relación entre salud mental y campo universitario, a partir de la narrativa de estudiantes universitarios que experimentan padecimientos asociados a afecciones de salud mental. Considerando sus narrativas, trataremos de problematizar el papel que juega el entorno familiar, social y el campo universitario considerando tanto la dimensión pedagógica-burocrática como su dimensión relacional (trama social y vínculos), con el propósito de reflexionar sobre las distancias sociales, el estigma y los factores de riesgos. Asimismo, debido al contexto actual de la pandemia del covid-19, hemos recogido datos cualitativos que permite aproximarnos a la experiencia de la educación remota en línea asociada a la salud mental.

## PALABRAS CLAVES

Antropología, salud mental, universidad, cuarentena, pandemia covid-19

## ANTROPOLOGY, MENTAL HEALTH AND UNIVERSITY CAMPUS: BEFORE AND AFTER OF COVID-19

## ABSTRACT

This article analyses the link between mental health and the university in its relational sense, based on the narrative of university students who experience sufferings associated with mental health conditions. Considering their narratives, we will try to problematize the role played by the family and social environment and the university field, considering both the pedagogical-bureaucratic dimension and from its relational aspect (social space, links and sense), with the purpose of reflecting on social distances, stigma and risk factors. In addition, due to the current context of the covid-19 pandemic, we have collected qualitative data that allows us to approach the experience of remote online education associated with mental health.

## KEYWORDS

Anthropology, mental health, university, quarantine, covid-19 pandemic

Recibido: 28/04/2020

Aprobado: 20/07/2020

## I. INTRODUCCIÓN <sup>1</sup>

**E**n la última década la salud mental ha ocupado un lugar destacado en la discusión pública, tanto en los medios de comunicación como en los ámbitos académicos. Los datos de la OMS revelan que cada año se suicidan más de 800 000 personas, y esta es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. Asimismo, más de 300 millones de personas en el mundo viven con depresión, considerado como el principal trastorno que causa discapacidad, y más de 260 millones viven con ansiedad. El problema es que el porcentaje de personas que padecen estos problemas se incrementó un 18 % entre el 2005 y 2015 (OMS).

Las personas con problemas de salud mental enfrentan muchas dificultades a lo largo de su ciclo de vida. Es evidente que existe un amplio arco de matices entre las personas con problemas de salud mental que reciben el apoyo oportuno de su tejido familiar; mientras otros viven afligidos por el poco interés de sus familias, el abandono, el estigma y las duras inequidades. En ese sentido, ser parte de la universidad pública es un desafío mayúsculo para quienes viven con afecciones mentales (en diversos grados) por esa razón es importante dar a conocer este fenómeno para tomar decisiones y brindar el apoyo necesario. Así, el presente artículo analiza la narrativa de estudiantes universitarios que experimentan padecimientos asociados a afecciones mentales. A partir del análisis de sus narrativas, trataremos de problematizar el papel que juega el entorno social y el campo universitario con el propósito de reflexionar sobre las distancias sociales, los estigmas y los factores de riesgos. Además, incluimos algunos aspectos finales ligados la relación entre la universidad, la salud mental y la pandemia del covid-19.

## II. METODOLOGÍA

Para lograr nuestro objetivo se revisó la literatura disponible enfatizando la relación entre antropología, salud mental y el ejercicio etnográfico. Además, diseñamos un cuestionario abierto con un conjunto de variables, identificamos a un grupo de posibles participantes, ejecutamos las entrevistas y seleccionamos tres historias representativas. A partir de la transcripción, se escribió la historia de vida en primera persona a fin de comunicar la mayor cantidad de detalles posibles, luego organizamos una matriz comparativa para sistematizar los aspectos comunes y divergentes. Para complementar, exploramos la relación entre universidad y salud mental en tiempos de la pandemia del covid-19, por lo tanto, diseñamos un cuestionario abierto en línea y obtuvimos 92 respuestas válidas. Estas respuestas abiertas, se procesaron bajo códigos abiertos según el modelo de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss.

<sup>1</sup> El presente artículo es una versión extensa y en castellano de nuestra ponencia en el International Interdisciplinary Colloquium "MENTAL HEALTH ON UNIVERSITY CAMPUSES FACING CONTEMPORARY CHALLENGES: FROM DISCRIMINATION TO COVID-19" (Octubre 2020), organizado por la Toulouse University Capitole y la University of Toulouse-Jean Jaurès. Así mismo el Dr. Luis Alberto Suárez Rojas, es miembro del Grupo de Investigación "Cultura y Educación" de la UNMSM.

### III. RESULTADOS

#### III.1. Kleinman y las narrativas del padecimiento

Desde el ángulo de la antropología y la salud mental se ha reconocido el trabajo de Arthur Kleinman, quien ha ejercido una notable influencia en el campo de la antropología médica. Sus trabajos como psiquiatra leyendo la otredad, lo ha llevado a explorar síndromes culturales en China como en Taiwán para analizar la depresión, la somatización, la epilepsia, la esquizofrenia y el suicidio, y otras formas de violencia. Desde la revista "Cultura, Medicina y Psiquiatría" (fundada en 1976), denunció que la medicina solo se centraba en la biología por lo cual enfatizó la necesidad de repensar el sesgo biomédico. Su famoso libro "*The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*" (1988) sugiere utilizar los métodos antropológicos para estudiar los elementos sociales y culturales de la enfermedad.

En ese sentido, Kleinman (1988) introdujo el concepto de "*Illness*", para hacer referencia a la manera cómo la persona enferma y los miembros de la familia o la red social más amplia perciben, viven, responden a los síntomas y a la discapacidad. Su aporte subraya la recuperación de la experiencia vivida ligada a la enfermedad y la valoración de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Del mismo modo, su teorización incorpora la narrativa del padecimiento para abordar cómo los sujetos encaran y experimentan los diversos sentidos de la enfermedad. Esto nos remite a una experiencia compartida (intersubjetiva) de los sujetos que se expresa en sus "narrativas" sobre el padecimiento. De cierta forma constituyen historias en curso que reciben el aporte del entorno social, los sistemas de simbólicos situados, las tradiciones culturales.

De hecho, las narrativas pueden ser la puerta de acceso a la sociedad y la cultura del sujeto, las narrativas revelan cómo el padecimiento es modelado por la experiencia colectiva y social (dimensión holística). Por otro lado, puede ayudar a mejorar las condiciones de vida del propio sujeto, siempre y cuando sean parte de un proceso terapéutico. En nuestra perspectiva, las narrativas también invocan trazos, líneas y formas de configurar los recuerdos sobre la enfermedad, trastorno o patología; al mismo tiempo, es vivido y encarnado por el cuerpo que le da espacio al yo y al cuerpo social. En ese sentido, las narrativas del padecimiento integran de forma compleja y dinámica, el pasado, la carrera curativa, los cuidados y el seguimiento del propio padecimiento. En cierto modo, las narrativas permiten observar el peso del cuerpo social, dando a conocer cómo tamizamos y redescubrimos la experiencia vivida del padecimiento. Además, pueden ser performativas en el sentido que sus locuciones, palabras, gestos, invocando o creando una realidad sobre su experiencia.

#### III.2. Contribuciones convergentes

Investigadores como Myers y Yarris (2019) reflexionan sobre la relación entre la antropología, la salud mental y la experiencia social. Desarrollan un giro en la reflexión, al pensar la experiencia de la enfermedad conectada con la moralidad (Jenkins y Barrett 2004; Kleinman 1999a). Desde esta perspectiva, se puede

volver a situar la personalidad como moralmente infundida en relación con el yo, y con dimensiones éticas, así se conecta el sentido individual y colectivo de la personalidad moral. Esto reafirma el sentido compartido, intersubjetivo, negociado y relacional. Por lo tanto, el trabajo etnográfico permite registrar la respuesta social al diagnóstico y los síntomas psicóticos en diversos “mundos morales locales” (Myers y Yarris, 2019)

Desde la antropología de las emociones podemos destacar el enfoque de Lutz y White (1986), White (2017) quienes identificaron que las emociones habían caído en la trampa del dualismo (ejemplo, pensamiento/sentimiento) y el abandono de los aspectos fenomenológicos. Su contribución abre la puerta a pensar las emociones desde las tramas de la cultura, lo cual podría ayudar a reconceptualizar la experiencia emocional considerando las dimensiones públicas, sociales y cognitivas de las emociones. Para Lutz y White (1986) este ejercicio permite comprender mejor cómo las ideas se infunden con valor, afecto y dirección y cómo los sentimientos se utilizan para entender y comunicar sobre los acontecimientos sociales. Más adelante, Lutz (2017) sugiere que el giro hacia la afectividad permite que la antropología pueda conectar y hablar de la personalidad como algo relacional o transpersonal. Asimismo, reclama que la política y la moralidad de la vida cotidiana pueden ser leídas a través de discursos emocionales. Finalmente, el giro a lo afectivo permitiría que el ejercicio etnográfico capture eso que “mueve a las personas” en el terreno de lo cotidiano.

Por otro lado, el trabajo de Skoggard y Waterston (2015) aborda el mundo de los afectos desde la antropología, a partir de una estrategia llamada “etnografía evocadora” la cual enfrenta el reto de describir los sentimientos y afectos. En cierto modo, su propuesta analítica pasa por la posibilidad de captar la experiencia vivida, la emocionalidad, la percepción, la interacción (pequeña y gran escala), la intimidad, la sociabilidad, el poder, la política y las condiciones materiales. Ellos apuntan a una antropología de los afectos tratando de escapar de los viejos reduccionismos.

### **III.3. La salud mental y el ejercicio etnográfico**

La antropología de la salud tiene una larga data examinando el binomio salud-enfermedad enfatizando cómo se experimenta esta pareja de categorías, se viven e interpretan desde las tramas de la cultura y las sociedades en contextos no occidentales. En esta línea, destaca el trabajo etnográfico de Addlakha (2008) por abordar las relaciones entre la cultura y los trastornos mentales, la institución y el campo clínico. Su aproximación analiza el campo de relaciones sociales e interacción de los profesionales de salud mental, los pacientes y las familias en un hospital psiquiátrico en Nueva Delhi (India) enfatizando el papel de la mujer en el campo de la salud mental. Aquí, la salud mental y la cultura constituyen el contexto para darle forma a la experiencia de la enfermedad.

Sobre el campo clínico destaca el trabajo de Jain y Jadhav (2009) el cual explora un programa de psiquiatría comunitaria en el norte de la India y describe el “viaje biosocial de las píldoras psicotrópicas”. Ellos analizan el desplazamiento de los fármacos desde el centro a la periferia y al significado simbólico. Otro trabajo

igualmente fascinante es el desarrollado por Pinto (2014), quien analizó las emociones contradictorias, el amor, la familia y la salud mental.

En complemento, el trabajo de Myers (2015)<sup>2</sup>, destaca por situarse en Norteamérica y explorar el funcionamiento interno de una clínica de salud mental, en parte dirigida por personas que están “en recuperación” de una enfermedad mental. El esfuerzo de Myers (2015) se amplifica gracias a su trabajo tanto en Estados Unidos como en Tanzania con mujeres, veteranos y jóvenes a quienes se les ha diagnosticado trastorno de estrés postraumático, depresión grave, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastornos de abuso de sustancias. Recientemente, Myers y Yarris (2019) subrayan que el registro etnográfico abordaría cómo las personas de diversos contextos culturales se esfuerzan por lograr el bienestar moral mientras viven con un diagnóstico psiquiátrico, al tiempo que se podría la capacidad de re-imaginar sus vidas.

### III.4. Salud mental y universidad

En esta última década el tema de la salud mental ha ocupado un lugar importante en la agenda pública como en los medios. Por mucho tiempo, la salud mental estuvo cubierta por el estigma y el abandono. Desde el 2010, se han venido realizando esfuerzos para integrar la salud mental a los objetivos del milenio. En este contexto, cada vez más las universidades están sensibilizando a su comunidad, tomando medidas y prestando más atención a la salud mental. Evidentemente, no todas las universidades se encuentran en las mismas condiciones, pero se vienen realizando esfuerzos para estrechar lazos con las políticas públicas gubernamentales.

En ese sentido, hay algunas investigaciones que tratan de colocar el tema sobre el centro del debate. Por ejemplo, el trabajo de Macaskill, (2013) analizó la salud mental en estudiantes universitarios del Reino Unido, concluyendo que las tasas de enfermedades mentales en los estudiantes eran iguales a las de la población general, pero sólo el 5,1% recibía actualmente tratamiento. Del mismo modo, Markoulakis et al (2013) enfatizaron que los problemas de salud mental están conectados con posibles obstáculos para concluir la formación universitaria o su deterioro, por lo tanto, las intervenciones de ayuda académica y de asesoramiento reducen y previenen problemas en los estudiantes. De igual modo, Bernhardsdóttir y Vilhjálmsson (2013) sugieren que las mujeres jóvenes universitarias son quienes experimentan mayor nivel de angustia psicológica. Según sus resultados la prevalencia de la depresión y la ansiedad por encima del umbral entre las estudiantes universitarias fue del 22,5% y el 21,2% respectivamente y solo el 1,4% de los estudiantes con problemas recibieron ayuda. Por otro lado, Wynaden et al (2014) subrayan que la estigmatización juega un rol en el campus, y mostraron que el “silencio” que rodea a los problemas de salud mental impregna el entorno universitario y limita la búsqueda de ayuda, la prestación de apoyo y la recuperación y el bienestar de las personas afectadas. Así mismo, no podemos dejar de lado importantes trabajos sobre salud mental y

<sup>2</sup> Este libro recibió el premio Norman L. y Roselea J. Goldberg de la editorial de la Universidad de Vanderbilt como el mejor libro en el área de la medicina.

universidad realizados en alumnos de la Facultad de Medicina de “San Fernando”, a cargo de Valle, Sánchez y Perales (2013) quienes analizaron la depresión y el uso del alcohol en estudiantes de medicina, sugiriendo que el 23,3% de los encuestados presentó SDe y el 7,3%, PRCA<sup>3</sup>. En los siguientes trabajos de Perales et al (2019) analizaron la prevalencia y factores asociados a conducta suicida universitarios, y se encontró que el 22% de los estudiantes presentó ideación suicida y el 11% intentó suicidarse; así mismo, quienes intentaron suicidarse sólo el 16% buscó ayuda profesional y 21% pensó repetir el intento.

### **III.5. Aproximación a la salud mental y padecimiento entre universitarios de Lima.**

#### **a) César, 22 años, Lima**

Nuestros trastornos psicológicos son parte integral de los procesos de aprendizaje. Ellos son los principales filtros de percepción a la hora de aprender así que nuestra responsabilidad es entenderlos y darles el mejor uso para que crecer como seres humanos.

Mi nombre es “César”, ingresé a la universidad cuando tenía 22 años de edad. Actualmente tengo 26 años. Vivo con mis padres, abuelos y hermano menor. Si podría definir a mi familia en una sola palabra sería unida. Tan unida que casi no tenemos respeto por la privacidad de cada uno. Sin embargo, poseemos un sistema democrático a la hora de tomar decisiones trascendentales para la familia. Mi ambiente familiar es un carnaval constante.

Desde que tengo memoria he tenido un gusto por los animes, los videojuegos, la ciencia ficción y las cosas de fantasía medieval. Ello se ha mantenido desde la infancia a la actualidad. Más que *hobbies*, considero que son mecanismos que me han ayudado a escapar de la realidad, del mundo en sí, el cual es bastante gris y un poco deprimente. Por ese motivo siempre he buscado medios para desfogarme, escapar de ella. La relación que poseo con mi hermano menor gira entorno a esos gustos. Nuestra unión hizo que sus gustos se desarrollaran generando una relación muy bonita con él.

Lamentablemente, no tengo ningún recuerdo sobre mi infancia. Cuando fui al psicólogo por razones que más adelante explicaré, él me dijo que quizás había suprimido mis recuerdos debido a algún evento traumático que no quiero recordar. Todos mis recuerdos datan desde que cursaba quinto de secundaria.

De lo poco que recuerdo de mi época escolar es que pesaba más de lo que ahora peso. Así que para no ser objeto de burlas adopté una actitud “matoncita” para evitar que eso sucediera. Por eso tenía un mal comportamiento en el colegio; por ello, mis padres creyeron que era mejor llevarme al psicólogo para ver qué era lo que pasaba conmigo.

Acudí por primera vez al psicólogo a los 15 años; sin embargo, nunca pude hacer clic con él, así que fui de psicólogo en psicólogo hasta encontrar al indicado. Los primeros psicólogos solo me diagnosticaron trastorno de ansiedad y entre otras

3 Siendo las siglas SDe, la sintomatología depresiva; y PRCA, problemas relacionados al consumo de alcohol.”

cosas bastante generales. Nunca me derivaron al psiquiatra hasta el 2013 cuando conocí a la psicóloga con la que sigo tratándome hasta el día de hoy.

Llevo 7 años tratándome con la misma psicóloga. Ha sido un trabajo muy largo y duro. Cuando fui derivado al psiquiatra me diagnosticaron Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) y despersonalización. Desde entonces empezaron a medicarme, luego dejé la medicación; pero, mal abandonarla y tuve que retomarla. En aquella época, yo mantenía una relación muy conflictiva con una persona que me hacía daño. Fue difícil separarme de ella. Hasta cierto punto creo que fue lo que exasperó mi condición.

¿Cómo llegué a ese punto? Creo es parte de cómo me veo a mí mismo, como persona. Mantuve una relación larga, de casi 9 años, con una persona a la que hice mucho daño. Cuando inicié la segunda relación quise resarcir todo el dolor que había causado en la otra persona. Por eso cuando esta chica me hacía daño, pensaba que me lo merecía por todo el sufrimiento que había generado en mi antigua relación. Entonces lo soportaba y no sabía cómo acabar con eso.

Considero que las relaciones de pareja han sido un factor importante en mi vida, me han construido bastante. Ir a terapia me ayudó a superar todo el daño causado; pero, en el plano interpersonal, siento que soy una carga o una molestia. Por eso prefiero no involucrarme demasiado con la gente y no acudo a eventos donde sé que habrá muchas personas.

Antes de ir a terapia era difícil lidiar con el fracaso y la decepción, al punto que intenté suicidarme. La primera vez fue cuando me dio depresión y otra en el 2014. Sin embargo, entiendo cómo funciona todo esto, es un proceso sináptico que te lleva a tomar decisiones irracionales. A veces tengo fuertes disgustos, disocio la realidad o me frustro demasiado al punto de sentir odio por mí mismo. Siento que la gente me odia, pero son pensamientos caóticos, de tipo de ilusorio. No son verdad, nadie me odia. Incluso, creo que la gente que alguna vez lastimé, avanzó con su vida, siguió adelante y no debo seguir pensando en la culpa. Lamentablemente, es una condición y viviré con ella toda la vida así que debo seguir con mis tratamientos.

Desde mi percepción, los trastornos son desventajas que se asemejan a las físicas. Es por ello que, siempre me he tomado las cosas con humor, uno aprende quién es y sigue adelante con ello. A menudo, hago bromas sobre eventos o cosas tristes. Definitivamente es un mecanismo de defensa común para sobrellevar las tragedias.

Mi familia lo tomó de una forma diferente. Cuando tuve uno de mis primeros episodios de depresión, mis padres creían que todo se iba a solucionar con fuerza "de voluntad, "querer es poder", decía mi papá. A pesar de que también es importante, existen muchos factores y circunstancias que no nos permiten ser felices por completo. Mi madre, no entiende muy bien cómo funciona todo esto. "Pero lo tienes todo, ¿por qué no te sientes bien?", me dice.



Si tuviera que describir a mi madre, diría que es una persona conservadora, muy apegada a las reglas. Creo que si una persona la observa se puede notar que posee algún tipo de Trastorno Obsesivo Compulsivo, pero ella lo negaría. A pesar de eso, siento bastante empatía por mis papás y agradecimiento por hablar conmigo y llevarme al psicólogo cuando se dieron cuenta que pasaba algo. Es por ello, que aún siento culpa por todo el dinero que han gastado en mi educación. Cuando salí del colegio, experimenté por primera vez lo que se sentía ser libre y poco a poco lo fui confundiendo con libertinaje. En consecuencia, asistí a dos universidades privadas diferentes antes de estar en la universidad actual a la que asisto, la "Universidad Nacional Mayor de San Marcos".

A pesar de ser una persona inteligente, soy muy flojo. Desde el colegio, reconozco haber sido una persona muy selectiva con mis preferencias, así que mis notas iban de acuerdo al nivel de interés que le ponía a cada uno de los cursos. Considero que soy una persona autodidacta, modifico mis preferencias de aprendizaje al punto que me resulta casi imposible quedarme en el aula, a menos que tenga mucha disciplina. Eso me generó problemas en las primeras universidades, que, dicho sea de paso, abandoné porque había jalado varios cursos por inasistencia.

Lo que hizo la diferencia en la actual universidad a la que acudo, es que esta posee una metodología diferente de enseñanza. He podido aprobar cursos con solo asistir al 20% de las clases. Ello se debe a que para mí es increíblemente difícil acudir de forma seguida a clases, la monotonía de los viajes, el método pedagógico, hacen que esté aquí, porque necesito un cartón bajo el brazo para trabajar, además, de las exigencias de mi madre. A pesar de eso, la universidad nunca me ha parecido difícil.

Por otro lado, mi primer contacto con las drogas sucedió en la universidad. Tuve una época de dependencia de la que salí gracias a mi gordura, ya que siempre he creído que es más eficiente gastar el dinero en comida que en drogas. Por ello, no considero que la universidad se preocupe por sus alumnos o por algo en específico. Es más, pienso que incluso el Centro de Salud creado recientemente dentro del campus universitario se dio por iniciativa de la Municipalidad de Lima y no de la universidad. Por ejemplo, conozco gente a la que le han diagnosticado superficialmente esquizofrenia y no llevan tratamiento pero que en los exámenes médicos de la universidad solo los ponen "observados" o incluso nada.

Creo que eso se puede deber a que, en el mundo, existen dos tipos de personas. La gente que es consciente de que existen las condiciones mentales; y los que no. Siento que hay gente que se resiste a creer el dilema de la salud mental. Esa gente vive bajo el estigma de que todas las personas que poseen un problema mental están automáticamente locas. Tienen miedo y eso genera rechazo. Al mismo tiempo, ese rechazo genera que uno se rechace a sí mismo. Ello se puede ver plasmado en asuntos académicos, vicios, conductas, malas amistades. Vivimos bajo un sistema de salud pública horrible. Y finalmente, tenemos a la gente que es consciente de su situación y hace algo al respecto. Por mucho tiempo, yo no hice lo suficiente para compensar todo lo bueno que me ha pasado en la vida. Por eso ahora lo estoy intentando.



**b) Vanessa, 21 años**

Creo que, si bien la medicina actual avanzado bastante, la psiquiatría no tanto. Por otro lado, los farmacéuticos de psiquiatría han crecido cada vez más, los antidepresivos se están vendiendo sin recetas médicas o los antipsicóticos están costando cada vez más. Cada día el mercado crece y todo está relacionado a un Estado neoliberal, mientras las empresas poseen el monopolio de ciertos productos.

Mi nombre es “Vanessa” y tengo 21 años. Soy peruana de nacimiento, vivo actualmente en el Callao. Mis hobbies favoritos han sido desde siempre mirar animes y escuchar música coreana. Soy feminista y participo activamente dentro de espacios donde se discuten abiertamente sobre problemas que afectan constantemente a la realidad y considero transcendentales, género y salud mental. La historia de cómo llegué a sumar estos intereses a mi vida diaria parte de mi propia experiencia personal.

Soy estudiante de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y poseo un diagnóstico psiquiátrico. Es decir, formo parte de la masa estudiantil que día a día lucha por llevar una vida normal – debido a mi trastorno bipolar y al hecho de no poder concentrarme de forma apropiada en mi educación porque las pastillas que estoy tomando lastimosamente no me están funcionando bien-; y al mismo tiempo, lograr el reconocimiento de un cartón que refleje que poseo una carrera universitaria para conseguir un trabajo que cubra mis necesidades básicas.

Lamentablemente, no puedo asegurar que tuve una infancia feliz, fue terrible. Dentro de mi hogar, donde vivíamos mi madre, mi padre, mi hermano y yo, existía mucha violencia intrafamiliar tanto entre mis padres, como de mis padres hacia mí y en mi relación con mi hermano. Mi madre era una persona impaciente, mi padre le era constantemente infiel y mi hermano muy explosivo. Producto de las infidelidades de mi padre, mi madre buscaba refugio en el alcohol y yo la acompañaba tomando, a pesar de tener solo 9 o 10 años. Mi padre se fue volviendo ausente a medida que fui creciendo. Cuando yo tenía 14 años, él abandonó por primera vez la casa debido a que le había sido infiel y se hundió en la depresión. A la par, mi madre me reprendía por mi físico y me decía cosas hirientes sobre mi físico, “nadie te va a querer si eres una persona gorda”, me hacía sentir mal conmigo misma y mi cuerpo hasta los 16 años.

Mi primera visita al psicólogo se dio cuando yo tenía 14 años. Los comentarios de mi madre generaron inseguridad sobre mi cuerpo y que yo vomitara constantemente la comida. Una vez mis padres me descubrieron vomitando en el baño y se preocuparon bastante así que decidieron llevarme al psicólogo. En aquella ocasión, me diagnosticaron anorexia nerviosa y trastorno límite de la personalidad. Actualmente, mi madre es más calmada. Se ha vuelto más reflexiva debido a que cuando fuimos a la psicóloga, ella le dijo “oye, tu hija es así porque le has dicho esas cosas” y mi mamá, se puso a llorar y pidió disculpas.

Por otro lado, la relación con mi padre se volvió preocupante. Desde hace dos años, me venía acosando un poco. Yo recién tuve el valor de decírselo a mi madre

y lo primero que ella hizo fue decir “esto no puede seguir así que tu padre se tiene que ir de la casa” y se fue, desde ese entonces no he sabido nada de él. Actualmente, vivo en un ambiente tranquilo, solo vivo con mi madre; pues mi hermano se fue a estudiar una maestría al extranjero.

En el colegio siempre fui una alumna aplicada. Recuerdo que asistía a un colegio que pertenecía a un estatus mayor al mío, no tenía muchas amigas; y con las pocas que tenía, a pesar que fueron un gran apoyo, también me peleaba. Ellas se molestaban conmigo y me dejaban de hablar, en respuesta a eso yo buscaba la manera de vengarme. No sé cuál sea el problema que tengo, si es cosa mía o es una cosa del trastorno. Mis relaciones interpersonales siempre se han caracterizado por ser inestables, intensas, a veces soy muy impulsiva y agresiva, canalizo mis emociones y las llevo al extremo.

Ello se ha manifestado sobre todo en mi temor al abandono. En una ocasión, cuando fui a un congreso académico con mi enamorado, tuvimos una pelea fuerte y para evitar su abandono me tomé 6 pastillas de clonazepam y le dije “oye por tu culpa me voy a morir si es que terminamos” a lo que él reaccionó insultándome.

Esto se exacerbó a partir de un episodio de psicosis tóxica en la universidad. Había mezclado sustancias psicotrópicas mientras compartía una tarde con mis compañeros dentro del campus universitario en un lugar que llaman “tubos”. Según el doctor, la psicosis tóxica se da cuando consumes un tipo de sustancia psicotrópica y eso genera alucinaciones, escuchas y ves cosas. La alteración de la mente se vuelve fuera de sí misma.

Mis amigos en ese entonces me dejaron sola, no tenía a quién recurrir y tuve que llamar a mi padre. Él me encontró vomitando. Cuando llegué a la clínica dijeron que en ese momento no podían hacer nada, pues las alteraciones estaban demasiado altas y que la marihuana y el otro psicotrópico ya habían subido a mi cerebro. Tuve que pasar dos días en el hospital. Eso generó que yo dejara el ciclo académico y retomara mi terapia con el psicólogo porque las alucinaciones no dejaban de suceder a pesar de que ya habían pasado algunas semanas. El psicólogo me explicó que muchos trastornos psicológicos empeoran con algunas sustancias psicotrópicas, en mi caso, desencadenó la bipolaridad.

A partir de entonces, voy aproximadamente 3 veces al mes, al centro de salud mental “Noguchi” en San Martín de Porres; o en caso de emergencia, por ejemplo, cuando me autolesiono, y mis padres no saben cómo controlarme. Tengo 4 diagnósticos, Trastorno Límite de la Personalidad, Bipolaridad, estrés postraumático y Trastorno de Déficit de Atención.

Si bien este diagnóstico es parte de mí, no es lo que me define. La bipolaridad es un trastorno muy estigmatizado y a pesar de que muchas personas me perciben como “loca”, ello me ha ayudado a mejorar mi entorno. He buscado más aceptación entre pares. Por ejemplo, entre personas que tiene el mismo diagnóstico ya sea en la universidad y en internet o en grupos feministas.

Después del episodio dentro del campus, aún no he regresado a clases. Mi vida universitaria se encuentra caracterizada por una inestabilidad dentro de las notas. Algunas veces me ha ido bien y otras mal, de las cuales muchas tienen que ver con las experiencias personales por las que he pasado. Mi miedo o desconfianza reside por los compañeros que me dejaron sola cuando sufrí el episodio de psicosis. El ambiente universitario es hostil, es un poco difícil. Además, mi diagnóstico me hace dudar sobre mis habilidades y si es que la universidad es un sitio seguro cuando me dé una crisis. Cuando fui al Centro Comunitario de Salud Mental dentro del campus universitario, dijeron que mi caso no lo podían atender ahí e incluso si es que se presentaba una emergencia tendría que acudir a una clínica. Ello me hace pensar que la universidad no está capacitada, ellos mismos reconocen que no son eficientes.

Mi acercamiento a espacios feministas y a compañeras que al igual que yo poseen un diagnóstico han generado en mí muchas preocupaciones. Como respuesta, llamé convoqué a una reunión a las compañeras interesadas a participar en una tarde de diálogo para tocar temas que nos mantenían afines. Uno de ellos fue el tema de salud mental y universidad. Algunas comentaban que la universidad no brindaba el suficiente apoyo para tratar los casos. Al igual que me sucedió a mí, una chica quería dejar de estudiar por un tiempo. Los profesores no tomaron en cuenta la situación por la que atravesaba ya que al parecer solo es grave si eres una persona discapacitada. En mi caso tuve que pagar mucho dinero para reintegrarme debido a que fue muy difícil para mí explicar a cada uno de los profesores y a bienestar estudiantil la misma situación.

### **c) Daniel, 24 años, Lima**

Mi nombre es "Daniel", tengo 24 años y, actualmente, estoy en séptimo ciclo de la universidad. Me diagnosticaron trastorno bipolar en el 2019, como producto de ello me dijeron que poseía un alto grado de estímulo recompensa. Es decir, necesitaba de las drogas o el alcohol para experimentar algún tipo de placer. Esa fue la primera vez que asistí al psiquiatra. Sin embargo, la terapia conductual que recibí me ayudó mucho a mejorar mi rendimiento académico en la universidad, que empeoró cuando empecé a consumir drogas.

Los primeros años de universidad tenía un buen rendimiento académico. Yo opino que fue gracias a la rutina que tenía en aquel entonces, hacía ejercicio, iba a clases y jugaba dota para distraerme. La primera vez que consumí drogas fue cuando tenía 15 años, pero no era consumidor habitual así que no la volví a probar hasta que tuve 20 años.

No tengo recuerdos concretos sobre mi infancia, vivía en "Tingo María" con mi madre, mi hermano -que es mayor que yo por 2 años-, mi hermana menor, mis tías y mis abuelos. Crecí en un ambiente de mujeres. Mi padre no estuvo conmigo durante mi infancia, pero nunca sentí su ausencia. La familia de mi madre siempre fue unida así que no me importaba si él estaba presente o no. Por otro lado, mi madre era pasional y agresiva. En aquél entonces, le pegaba mucho a mi hermano y yo estaba presente cuando lo hacía. Creo que ese fue uno de los recuerdos que más marcaron mi infancia. Con el paso de los años ella se fue tranquilizando, y

aunque crecí con cierto rencor hacia ella, nuestra relación mejoró y se arrepiente de haber actuado así durante mi infancia.

Cuando tenía 13 años vine a Lima a vivir con mi hermano y mi papá. Constantemente iba y venía de Tingo María a Lima, un año estudiaba aquí y el otro allá; pero la mayor parte de mi adolescencia la pasé aquí en Lima viviendo solo con mi hermano en un departamento en Cercado de Lima.

Desde que vivía en “La Oroya” faltaba constantemente a clases. Si bien mi madre y mi abuela me decían que asistiera no insistían mucho en hacerlo, mi madre estaba ocupada todo el día trabajando y no tenía forma de controlarme. A parte de eso, su forma de criarme se basaba en dejarme elegir mis propias decisiones. Creo que la libertad de elegir era importante para ella, así aprendes a tomar buenas o malas decisiones. Por ese motivo, mis notas no eran muy buenas en el colegio y tampoco tenía muchos amigos. Me aburría tener un horario, ir a clases, poseía un gran desinterés.

Recuerdo haber vivido con mi padre durante un año. Fue un año de mucho alcohol para él, podía pasar semanas tomando. Eso generó que yo le tuviera mucho odio a las personas que tomaban porque se comportaba mal. Una vez nos pidió a mi y a mi hermano que lo fuéramos a recoger a la casa de una tía cuando estaba borracho y empezó a manejar en ese estado y casi nos chocamos.

Con el tiempo mi relación con ambos padres fue madurando. Actualmente, me llevo bien con ambos, a pesar de no vivir con ellos -ya que vivo con mi abuela paterna. Sin embargo, mis padres no se llevan bien, constantemente me vuelven parte de sus problemas y eso no me agrada, pero lo trato de sobrellevar.

No creo ser una persona muy sociable. Por eso no tengo muchos amigos dentro de la universidad, y, a pesar de vivir con mi abuela paterna, nosotros no hablamos mucho, nos tratamos al mínimo. Ni ella se mete conmigo, ni yo con ella. Creo que producto de haber vivido solo por tanto tiempo, me incomoda vivir con gente y tampoco soy muy unido con mi familia. Sin embargo, ellos tienen mucha confianza en mis capacidades; a pesar de que los he decepcionado mucho.

Aunque diga que soy una persona a la que no le gusta hablar mucho, con cierto tipo de personas sí me gusta conversar. Me gustan los animes, ver series y los juegos online. Me llaman la atención las personas locas, que pierden el control. Siempre he buscado sentir emociones fuertes creo que por eso me llaman la atención ese tipo de personas. Nunca supe bien porque era así hasta que fui al psiquiatra.

Una noche me sentía aburrido y presionado por las clases; por lo mismo que faltaba constantemente. Prácticamente estaba a punto de jalar varios cursos de la universidad y ello se juntó con mi adicción por las drogas y el alcohol. Así que empecé a fantasear con hacer algo, quizás suicidarme; pero no me sentía triste, me sentía emocionado. Estaba viviendo una experiencia nueva, lo pensé durante toda la noche y mientras más lo pensaba, más ganas tenía de hacerlo. Pero luego me di cuenta que no quería suicidarme, sino, quería tener una experiencia cercana a

ella. Recuerdo no haber podido dormir esa noche y como en aquel momento tenía muchas pastillas como ansiolíticos o antidepresivos, decidí tomarlas.

Ahora, cómo llegué a tener en mi poder este tipo de pastillas que se venden exclusivamente con receta médica es otra historia. Yo tenía una enamorada a la que le diagnosticaron TLP, así que a ella le recetaban este tipo de pastillas. Un día, como quería probar una experiencia nueva, empecé a tomar las pastillas que le medicaban a ella. En muchas ocasiones falsificaba recetas o entraba por emergencias al Hospital Larco Herrera y conseguía las pastillas. En ese entonces, yo me había vuelto un consumidor habitual de alcohol, marihuana y cocaína. Así que llevaba una vida desenfrenada. La marihuana influyó mucho en mi estado mental, me daban constantes episodios de paranoia. En ese momento, ya me había dado cuenta de lo que las drogas causaban en mí así que sentía que tenía que seguir probándolas para sentir algo porque usualmente no sentía nada, me sentía deprimido. Por eso dejé la marihuana y la cocaína de lado y empecé a consumir fármacos.

Considero que, las pastillas y la marihuana desataron todo el problema; ya que, usualmente, me generaban lagunas mentales. No recordaba lo que pasaba el día anterior o en muchas ocasiones cometía actos tontos y era muy descuidado conmigo mismo, no me daba cuenta de los peligros que corría, perdía fácilmente el control.

Siempre he pensado en el suicidio, me llama la atención la idea de la vida y la muerte. Ese día me sentía muy emocionado, casi feliz y eufórico. Empecé a sentirme pesado por las cosas pendientes que tenía que hacer, solo quería dejar de sentirlo así que fui a la farmacia y compré dos navajas. Al regresar a mi cuarto, me tomé 20 pastillas de clonazepam de 2 mg y algunos hipnóticos. Luego me empecé a cortar, pero en ese instante llegó mi enamorada y llamó una ambulancia. Al llegar al hospital me hicieron un lavado gástrico.

Acudir al psiquiatra me ayudó a entender porque hacía todo esto. A pesar de que el suicidio siempre me llamó la atención, yo no tenía intenciones de morir. Hubo un antes y un después de ese día. Los comportamientos que yo tenía no eran racionales. En muchas ocasiones yo creí que sí lo eran, pero al llevar la terapia conductual aprendí a identificar mis impulsos, mi comportamiento autodestructivo.

Actos como drogarme o faltar a clase eran parte de esos comportamientos. Pero dejé de ir a terapia, soy consciente que me sirvió mucho pero no me sentía cómodo con la situación. Los medicamentos que me recetaban no me hacían sentir bien. Tomaba antipsicóticos fuertes y me subían la dosis con el tiempo. Las pastillas me daban sueño todo el día y no me relajaban, solo me confundía y me hacía sentir deprimido. En esa etapa empecé a sentir que el suicidio podía ser una posibilidad verdadera y no solo un juego o una experiencia como lo había sentido antes.

Aunque las drogas fueron mermando mi capacidad y mis ganas de aprender en la universidad, siempre me interesó obtener conocimientos nuevos. Por

eso, cuando llegó la hora de postular, me dije por qué no y aquí estoy. Elegí mi carrera al azar, pero con el tiempo me fue gustando cada vez más. El espacio universitario siempre fue seguro solo para tomar y drogarnos. Por eso considero que, en realidad, el tema de salud mental y universidad se encuentran desligadas. Aunque, actualmente, exista una clínica de salud mental dentro de la universidad.

### III.6. Mirada comparada a las historias de vida

En dos casos está presente la violencia familiar, aunque cada uno tiene matices, en el otro caso no recuerda nada de su infancia, como si hubiera reprimido sus recuerdos. Además, tienen en común ciertos aspectos, en el caso de César subraya que es posible que su madre tenga TOC, la madre de Vanesa era impaciente y buscaba refugio en el alcohol y la madre de Daniel era pasional, agresiva y él creció con rencor hacia ella. En relación con sus hobbies todos coinciden en los animes; César señala a la fantasía medieval como medida de evasión de la realidad mientras que Daniel se siente atraído por personas “locas” que pierden el “control”. Durante la adolescencia, César destaca haber sido el “matón” del grupo y ejercer *bullying* a los demás, mientras que Vanessa creció con serios conflictos debido al sobrepeso y Daniel vivió solo con su hermano en Lima.

Justamente, César como Vanessa recibieron ayuda psicológica durante la adolescencia; mientras que, Daniel a los 23 años, en algunos momentos fantaseó con suicidarse como en el caso de César, a pesar de la ayuda que recibió ingresó al mundo de las drogas y el alcohol. César considera que su diagnóstico es como una desventaja física y debe lidiar con el estigma. Vanessa, sugiere que su diagnóstico no la define, pero debe enfrentar el estigma de ser percibida como “loca”. En el caso de Daniel, su diagnóstico le permitió comprender mejor su propio yo y sus pulsiones. Sobre sus relaciones interpersonales César considera que su trastorno le impide interactuar fluidamente, señalando que es una carga; asimismo, Vanessa, señala que sus relaciones interpersonales son inestables, matizadas por emociones intensas, impulsivas o agresivas; de igual modo, Daniel considera no ser sociable, le incomoda vivir con otras personas o con su propia familia.

En el campo universitario, César percibe el mundo universitario como rígido, monótono y con una pedagogía limitante, para Vanessa, la universidad ha sido un espacio hostil, inestable y siente que cuando experimentó un episodio psicótico sus amigos la dejaron de lado; mientras que Daniel, reconoce que escogió su carrera (profesión) al azar y que el campus universitario era seguro para el alcohol y el acceso a drogas.

Complementariamente, Cesar sugiere que la universidad no hace mucho por los estudiantes, aquellos que poseen un diagnóstico solo son considerados como “observados” y no hay un seguimiento; Vanessa, sugiere que la universidad, aunque posee un Centro Comunitario de Salud Mental, no está preparada para abordar los desafíos de la salud mental; mientras que Daniel es más radical al señalar que la universidad y la salud mental son temas totalmente desligados. Finalmente, para ellos, la salud mental esta asociada al estigma y el rechazo, asimismo consideran que tanto la universidad como los profesores no consideran la salud mental como una variable dentro del proceso de aprendizaje-enseñanza.

Se requiere más empatía, más diálogo, más escucha activa dentro y fuera de las aulas.

### III.7. Universidad y salud mental en tiempos de la pandemia COVID-19

Para abordar la educación universitaria en tiempos del covid-19, se logró recoger 92 testimonios a través de un cuestionario abierto con una edad promedio de 22 años. El 68 % de participantes fueron mujeres y el 32 % hombres. En promedio ingresaron en el 2017 y pertenecen a áreas como las Ciencias Sociales (22%), Ciencias de la Salud (17%), Humanidades y letras (10%), Ingeniería (10%), Medicina veterinaria (9%), Negocios (8%), Comunicaciones (5%), Educación (5%) y otras (14%) como contabilidad, estudios generales, derecho, administración, arquitectura, ciencias forestales, biología y psicología.

El 32 % de los estudiantes asegura tener un diagnóstico y tiene 21 años en promedio, de igual modo predominan las mujeres. Entre los diagnósticos tenemos el trastorno de ansiedad (10%), depresión (9%), trastorno límite de personalidad (3%), depresión crónica (2%), trastorno de alimentación (2%), estrés (1%), estrés pos-traumático (1%), pánico (1%), trastorno de déficit de atención (1%) y trastorno obsesivo compulsivo (1%).

Entre los trastornos más señalados, la depresión, ansiedad y el Trastorno Límite de Personalidad se han presentado de la mano entre los jóvenes diagnosticados. Con relación a los informantes tenemos:

“Trastorno de ansiedad acompañado de un agudo trastorno de depresión.”  
(Hombre, 24 años, Independencia)

“Depresión y ansiedad, diagnosticada en el 2017. Uno llevo al otro, primero tuve depresión y luego fui desarrollando ansiedad, ambos están siempre presentes, a través de psicoterapia y algunos talleres he tratado de entender mi condición y a convivir con ellos. Sin embargo, en los momentos en que implica “estar mal” hay decaimiento, alteración de sueño, alteración de la alimentación, sobre pensar cosas, dolores de pecho, excesivo miedo, etc.” (Mujer, 22 años, Los Olivos)

“Trastorno depresivo mayor en 2014 y Trastorno límite de personalidad (TLP) en el 2017, el TLP es un trastorno de la personalidad caracterizado por una inestabilidad emocional, impulsividad y conductas suicidas y de autolesión en ocasiones.” (Mujer, 21 años, Carmen de la Legua)

Al respecto de la experiencia de cuarentena, pandemia y estado de emergencia, el 70 % de los estudiantes admite haber experimentado emociones perturbadoras y el 30 % emociones más positivas. La cuarentena significó en muchos casos una sensación de angustia e incertidumbre debido a que la cuarentena se prolongó por varias semanas. Las sensaciones se intensificaron a medida que las semanas pasaban y sentían que su vida se encontraba cada vez más limitada. Los planes a futuro se estacaban y en muchos casos pasar mayor tiempo con la familia representaba un problema ya que no todos contaban con la armonía y apoyo necesario entre sus miembros. Asimismo, las limitaciones económicas se hacían



presentes en la capacidad adquisitiva de las familias como en el acceso a internet o medios tecnológicos. Por ejemplo, estos testimonios evidencian frustración, tensión intrafamiliar, ansiedad, hasta incluso efectos físicos:

“Me sentí muy frustrada porque tenía muchos planes para este año. Luego angustiada cuando empezaron a subir las cifras, también exhausta por tener que estar en casa. La relación en casa a veces es tensa, y eso hace que la convivencia pueda llegar a ser problemática entre mi familia. Un miembro de mi casa se retiró a provincia por ese motivo, y recién volvió cuando se levantó.” (Mujer, 21 años, Surquillo)

“Al principio fue tranquilo porque creí que pasaría poco tiempo, pero luego con la primera extensión de la cuarentena empecé a sentirme muy ansiosa y desanimada, usualmente recibo acompañamiento psicológico y eso se cortó hasta mayo entonces eso me inquietó más y a principios de abril tuve fuertes episodios de disociación y un par de ataques de pánico y ansiedad, pero luego cuando volví a recibir terapia me empecé a sentir un poco mejor.” (Mujer, 20 años, Comas)

“Al principio fue tranquilo, se podía sobre llevar, el problema comenzó con la angustia y la preocupación por el dinero, ya no tenía trabajo y a pesar que existía el trabajo remoto, no me encontraba con las condiciones tecnológicas para asumir algún trabajo remoto, por lo que no tenía forma de trabajar de nada, eso fue lo que me desordenó mentalmente, tuve problemas urinarios por estrés, me deprimía, cada vez se iban acabando mis ahorros, etc.” (Hombre, 24 años, Villa el Salvador)

En el amplio abanico de emociones encontramos la ansiedad (17%) preocupación (11%), incertidumbre (8%), miedo (8%), angustia (5%), frustración (5%), aburrimiento (3%), tristeza (4%), estrés (2%), insomnio (2%); en el otro extremo, otro grupo experimentó sentimientos de tranquilidad (26%) emoción (1%) y alivio (3%). No obstante, si observamos solo aquellos que aseguran tener un diagnóstico, es decir, el 32 %, veremos que ellos experimentaron sentimientos de preocupación (5%), incertidumbre (3%), tristeza (2%), frustración (2%) y otros (6%) como zozobra, incapacidad, miedo, ansiedad, y estrés; lo cual contrasta con otras emociones como la tranquilidad-alivio (12%) y emoción (1%).

Por otro lado, exploramos si la cuarentena afectó sus estados de ánimo y sus emociones. De modo que casi la tercera parte de los estudiantes universitarios aseguran no haber sido afectados (29 %), por contraste a la mayoría que asegura haber sido impactadas sus emociones (54%), mientras que otro grupo pequeño no precisa (11%). Las emociones durante la cuarentena fueron variando para el grupo de personas encuestadas, sentimientos como preocupación, incertidumbre al futuro y ansiedad, fueron los aspectos que más resaltaron. Puede observarse que, la cuarentena significó un proceso de introspección, mientras que para otros la sensación de angustia e incluso regresaron a ciertas prácticas de riesgo como el consumo de drogas.

“La cuarentena me dio tiempo de poder procesar ciertas cosas lo cual me hizo bien pero el hecho de no poder planificar bien el futuro me molesta mucho

y me pone muy ansiosa. Ahora estoy entrando en una especie de episodio depresivo justamente por eso y aunque la terapia virtual ayuda mucho a poder identificar que me está pasando y como me siento, este hecho de tener tanta incertidumbre más los problemas de antes sin solucionarse me hacen sentir muy mal y desanimada. Realmente hay días que no puedo ni salir de mi cuarto y necesito ayuda para calmarme o mis familiares vigilan que me alimente porque no tengo ganas y tengo náuseas todo el tiempo o que esté bien porque a veces lloro mucho, y en cierto punto me siento hasta aburrida e indiferente a todas estas cosas porque ya estoy muy cansada de todo. Sé que mis condiciones hacen que estos momentos o episodios pasen con o sin cuarentena, pero el hecho de estar aislada no ayuda realmente.” (Mujer, 20 años, Comas).

“Pensé que iba a durar poco, pero al final se fue extendiendo así que entre un poco en desesperación porque no estaba acostumbrada a estar tanto tiempo en mi casa y más aún con mis padres todo el día. Sentía mucho estrés estar en un mismo lugar a pesar que mi casa es grande, porque la mayoría del tiempo la pasaba en la calle.” (Mujer, 18 años, San Juan de Miraflores)

“Mi problema con las sustancias (drogas) y conductas límites lo estaba empezando a mejorar antes de la cuarentena, luego de entrar en confinamiento recaí en conductas previas.” (Hombre, 21 años, San Martín de Porres).

Si tomamos el grupo afectado como una totalidad, veremos que la gran mayoría (82%) no logró recurrir a un profesional por contraste al grupo más reducido que sí lo logró (18%); por otro lado, la familia jugó un papel importante, donde el 60% de este grupo recibió el apoyo de su familia y el 40% tuvo una experiencia negativa.

Los testimonios sobre el acceso a ayuda profesional varían de acuerdo a la percepción y el estado emocional en el que se encontraban. Algunos no accedieron a ayuda profesional por falta de recursos económicos, incertidumbre sobre una terapia eficaz o en la minoría de casos, consideraban que el apoyo familiar y la comunicación bastaba para generar una sensación de bienestar.

“No (accedí a terapia), de ninguna manera, por esta restricción de quedarte en casa y en algún punto el no querer contactar a alguien vía online por sentirlo defectuoso en el sentido de la transmisión de sentimientos y las restricciones que ello conlleva.” (Hombre, 24 años, Independencia)

“Por medio de Instagram a través de cuentas de psicólogas que sigo logré inscribirme a charlas y talleres para afrontar este contexto, pero no a una consulta personalizada como tal, debido a que ascienden a 50, 60 soles, no cuento con un ingreso fijo y no quiero que mis padres se sientan obligados a pagar algo que pueda estar fuera de su presupuesto.” (Mujer, 22 años, Los Olivos)

“Desafortunadamente no, solo realizaba introspección y procuraba darme cuenta de mis emociones y tratar de estar mejor en la medida de lo posible” (Hombre, 22 años, San Martín de Porres) “En realidad, lo bueno de la cuarentena es que pasamos más en familia. Pude conocer más a mi mamá, a mi papá y a mi

hermano. Jugar y conversar con ellos y cenar todas las noches con ellos.” (Mujer, 19 años, Villa María del Triunfo).

La cuarentena y el estado de emergencia obligó a las universidades públicas y privadas a cerrar sus campus y retomar sus actividades de forma remota. Las universidades privadas fueron las primeras en hacerlo, seguidos de las universidades nacionales, aunque con muchísimas dificultades. Entre aquellos que aseguran que la pandemia afectó sus emociones (54%) consideran que al reanudarse las clases se presentaron una serie de dificultades que actualmente están afrontando. Entre ellas tenemos, limitaciones en el internet (29%), limitaciones en la adecuación de contenidos y la pedagogía (22%), demasiadas tareas y una exposición prolongada a las pantallas de la computadora (16%), limitaciones en sus economías domésticas y pérdida del trabajo (10%), abandono de cursos (8%), la distancia social y la imposibilidad de socializar con sus amigos y amigas (6%) y la presión de casa (2%).

En efecto, la educación remota en esta coyuntura significó un aterrizaje forzoso, y no siempre existen las condiciones adecuadas para el uso del internet, el acceso y la limitada cobertura pueden perjudicar el proceso. A eso se suma, las largas jornadas frente a la pantalla del computador, pues según los testimonios produce fatiga, así como otros efectos físicos.

“La red se satura constantemente y es complicado comprender algunas clases. Más allá de eso, es complicado atender una clase de 5 horas frente al computador, luego termino con mareos y dolor de vista.” (Hombre, 20 años, Surco).

Ante la cantidad de horas diarias dedicadas a mantenerse conectado en la red frente al computador, podemos sumar el número de personas por familia conectada a internet, lo cual influye sobre la velocidad y acceso a un computador. No todas las familias cuentan con más de una computadora o laptop para acceder a la red, complicando las relaciones interpersonales y la posibilidad a educación o trabajo.

“En mi caso yo cuento con Internet y un laptop, así que por ese lado no tuve inconveniente. El problema hasta hoy es la velocidad mi Internet, como comparto con 5 miembros de mi familia, se hace más lento.” (Mujer, 23 años, San Juan de Miraflores)

“El estar conectado, creo que es la situación más estresante, al menos para mí, porque hay que estar pendientes de cada actualización, el link, el correo, la lectura y eso implica estar pegados a la máquina, en este caso yo tengo un PC que está en mi cuarto, y pasó frente a la computadora más horas de las que quisiera, es cansado para los ojos, la espalda y para la mente también; técnicamente mi cuarto se ha convertido en mi lugar de almuerzo, cena, estudio, además de tan solo dormir.” (Mujer, 22 años, Los Olivos)

Asimismo, la preocupación por el modo en que se imparten las clases virtuales es un recurrente entre los testimonios. No todas las carreras son puramente teóricas, ello genera angustia entre los estudiantes y la calidad de enseñanza que están recibiendo.

“Casi todos mis cursos son teórico-prácticos, las clases virtuales solo nos permite avanzar teoría y es incierta la recuperación de las prácticas, que para mi carrera son muy importantes porque es a través de lo que aprenda ahí que van a juzgarme en el ámbito laboral.” (Mujer, 20 años, Lima).

Por otro lado, la metodología de enseñanza y la falta rigurosidad representa un problema para los estudiantes que prefieren tener un seguimiento continuo para realizar sus actividades.

“Mis clases virtuales no tienen asistencia y puedo entrar a la plataforma en el momento en el que quiero y eso ha sido para mí un arma de doble filo porque si bien puedo hacer las cosas a mi tiempo y a mi manera cuando me siento mal y no siento que puedo hacer cosas a veces me tiro al abandono y me atraso. El hecho de tener obligaciones me obliga a mí misma a hacer cosas así este muy mal pero ahora no tengo eso y no tener eso a veces me complica las cosas.” (Mujer, 20 años, Comas)

La imposición de la cuarentena a inicios del año 2020 ha impactado de múltiples modos entre las personas encuestadas. Para quienes ya presentaban un diagnóstico clínico la situación de confinamiento ha intensificado sus sensaciones de malestar o se ha presentado como una oportunidad para tomar distancia. Las sensaciones de angustia, ansiedad y dudas por un futuro incierto se presentaban cotidianamente en aquellas personas que disfrutaban de las relaciones interpersonales y poseer una rutina. Para quienes buscaron tener una visión positiva de los acontecimientos, resultó una oportunidad para trabajar en familia y consolidar lazos. Sin embargo, la cuarentena no solo afectó a los hogares en términos económicos, también los enfrentó a las limitaciones y a la presión de la enseñanza remota y sus limitaciones pedagógicas.

#### IV. DISCUSIÓN Y HALLAZGOS

El cuestionario abierto permitió recoger testimonios (siendo un total de 92), de los cuales la tercera parte tiene un diagnóstico clínico ligado a la salud mental. Y aunque el tema es muy importante, las universidades, especialmente públicas están prestando lentamente interés sobre el tema. No todas las facultades cuentan con el personal ni con las estrategias adecuadas para afrontar asertiva y propositivamente los problemas de salud mental. En efecto, nuestras historias de vida enfatizan muy bien las limitaciones de la propia universidad para abordar la salud mental, hay tareas pendientes en el manejo de la data y en la definición de estrategias holísticas para afrontar esta situación. Tampoco existen medidas muy claras para reducir los factores de riesgo al interior del campus universitario.

Es necesario insistir en el hecho de que el campo universitario no solo es la suma de reglas burocráticas y tareas académicas, es sobre todo un campo relacional, de amistades, de vínculos, de tejido social y un espacio para el flujo de emociones. No obstante, es el espacio donde podemos encontrar factores de riesgo como el acceso al alcohol, las drogas y otras situaciones que comprometen la estabilidad

de la salud mental. Conforme a otras investigaciones (Markoulakis et al, 2013) los problemas de salud mental tienen relación directa con el performance académico de los estudiantes, colocando obstáculos y abriendo paréntesis en su vida académica. Hecho que evidenciamos en las historias recogidas. Sin embargo, vemos también, el peso de los discursos de éxito y emprendimiento que circulan en la universidad contemporánea a veces se convierten en un implacable discurso que arrincona las voces del padecimiento.

La historia de vida de César, Vanessa y Daniel ilustran muy bien el acceso a las drogas en el campus y las consecuencias de esto. Además, muestran cómo deben vivir sin apoyo dentro del campus universitario, no obstante, reciben soporte terapéutico. Estas historias nos permiten acceder al padecimiento de estudiantes y cómo impacta sobre sus emociones y sus cuerpos, y observamos el peso de la medicalización, el rechazo y el estigma asociado a su padecimiento (Wynaden et al, 2014). No obstante, la historia de Vanessa abre la puerta a la capacidad de agencia y la interacción del padecimiento, la sociabilidad y sus apuestas políticas como joven feminista. Esto permite pensar en formas de resiliencia, que aún quedan por seguir explorando. De ese modo, podemos insistir en la multidimensionalidad de la vida de quienes padecen enfermedades o dolencias mentales. Estas no las define por completo. Esto quiere decir, siguiendo a Skoggard y Waterston (2015) que podemos no solo explorar el padecimiento, sino que desde el enfoque de la antropología de las emociones podríamos desplazarnos también hacia la intimidad, el campo relacional, las relaciones de poder y las interacciones en diversas escalas.

Según los datos oficiales de la Defensoría del Pueblo de Perú (2018) el 15% de la población peruana tiene algún problema de salud mental. Tomando este dato como referencial, vemos que del 100 % de participantes el 32 % de los estudiantes universitarios posee un diagnóstico de salud mental, siendo mayoritariamente mujeres. Sobre la experiencia de los universitarios en tiempos del covid-19, podemos afirmar que la mitad de los universitarios aseguran que sus emociones se vieron afectadas; complementariamente el 70 % afirma haber experimentado una amplia gama de emociones como la ansiedad, la preocupación, la incertidumbre, el miedo y la angustia. Sin embargo, la gran mayoría no puede acceder al apoyo profesional y 40 % de ellos considera que no recibió el soporte de su familia, hecho que es preocupante porque es el primer círculo que debe activarse.

El impacto del covid-19 fue muy duro sobre las condiciones estructurales y aunque podemos creer que las universidades públicas atraviesan una condición difícil, la Federación de instituciones privadas de educación superior (FIPES) asegura que el 15% estudiantes dejaron sus carreras durante la pandemia, pero al término del semestre académico puede llegar al 35 %, además, la morosidad de pagos llega al 50%, a pesar de que muchas universidades redujeron el costo de las pensiones.

## CONCLUSIONES

Hoy, en el Perú, la educación remota fue una suerte de “aterrizaje forzoso” y no del todo un proceso amigable. Por el contrario, sacó a relucir las fuertes limitaciones estructurales en el acceso y calidad del internet en la ciudad; las limitaciones en la adecuación de contenidos y la pedagogía; las difíciles condiciones del trabajo en casa; y la larga exposición a las pantallas de las computadoras. Por otro lado, quienes se inclinaban por una vida social más activa han sentido mayor impacto al vivir en cuarentena. Aunque parezca contradictorio, aquellos que poseen un diagnóstico perciben la cuarentena como un alivio, ya que redujo el nivel de interacción con sus pares, la universidad y la ciudad; aunque eso no garantice del todo el éxito en la gestión de sus cursos universitarios durante el semestre. Esperamos que este artículo permita comprender que el campus universitario no solo constituye un conjunto de reglas pedagógicas y burocráticas, también es un espacio que busca generar el desarrollo de nuestras habilidades como individuos y seres sociales, donde fluyen sentimientos y pone a prueba nuestra inteligencia emocional. Finalmente, queremos que esto contribuya con evidencia para la acción y el diseño de intervenciones más ajustadas a la realidad de la salud mental en el campo universitario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDLAKHA, R. (2008). *Deconstructing mental illness: An ethnography of psychiatry, women, and the family*. Zubaan.
- BERNHARDSDÓTTIR, J., & VILHJÁLMSOON, R. (2013). Psychological distress among university female students and their need for mental health services. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(8), 672-678.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2018). *El derecho a la salud mental. Supervisión de la implementación de la Política Pública de Atención Comunitaria y el camino a la desinstitucionalización*. Informe defensorial N° 180, diciembre del 2018.
- JAIN, S., & JADHAV, S. (2009). Pills that swallow policy: Clinical ethnography of a community mental health program in Northern India. *Transcultural psychiatry*, 46(1), 60-85.
- KLEINMAN, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, Healing and The Human Condition*. USA: Basic Books.
- KLEINMAN, A. (1999). Experience and its moral modes: Culture, human conditions, and disorder. *Tanner lectures on human values*, 20, 355-420.
- LUTZ, C., & WHITE, G. M. (1986). The anthropology of emotions. *Annual review of anthropology*, 15(1), 405-436.
- LUTZ, C. (2017). What matters. *Cultural Anthropology*, 32(2), 181-191.
- MACASKILL, A. (2013). The mental health of university students in the United Kingdom. *British Journal of Guidance & Counselling*, 41(4), 426-441.

- MARKOULAKIS, R., & KIRSH, B. (2013). Difficulties for university students with mental health problems: A critical interpretive synthesis. *The Review of Higher Education*, 37(1), 77-100.
- MYERS, N., & YARRIS, K. E. (2019). Extraordinary conditions: Global psychiatric care and the anthropology of moral experience. *Ethos*, 47(1), 3-12.
- PERALES, ALBERTO, SÁNCHEZ, ELARD, BARAHONA, LORENZO, OLIVEROS, MIGUEL, BRAVO, ERIC, AGUILAR, WILLIAM, OCAMPO, JUAN CARLOS, PINTO, MIGUEL, ORELLANA, IVÓN, & PADILLA, ALBERTO. (2019). Prevalence and associated factors of suicidal behavior in students of the Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Peru. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 28-33.
- PINTO, S. (2014). *Daughters of Parvati: Women and madness in contemporary India*. University of Pennsylvania Press.
- SKOGGARD, I., & WATERSTON, A. (2015). Introduction: toward an anthropology of affect and evocative ethnography. *Anthropology of Consciousness*, 26(2), 109-120.
- VALLE R, SÁNCHEZ E, PERALES A. (2013). Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública*. 2013;30(1),54-7.
- WYNADEN, D., MCALLISTER, M., TOHOTOA, J., AL OMARI, O., HESLOP, K., DUGGAN, R., & BYRNE, L. (2014). The silence of mental health issues within university environments: A quantitative study. *Archives of psychiatric nursing*, 28(5), 339-344.