

«EL SECRETO ESTÁ EN MI INTERIOR». LA NEUROPOLÍTICA
Y LA EMERGENCIA DE LAS NEURONARRATIVAS
EN EL CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS¹

Àngel Martínez-Hernández
Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: El aumento incesante del consumo de antidepresivos en la mayoría de países de capitalismo avanzado puede tomarse como un ejemplo de la cerebralización contemporánea de las aficciones humanas. Este proceso ha sido desarrollado por los sistemas expertos y ha filtrado en la cultura popular global creando nuevas biosocialidades o neurosocialidades, así como nuevas ontologías del *self*: el *self* neuronal. Definimos el *self* neuronal como un proceso de interiorización, cerebralización y orientación centripeta del *self* que da lugar una idea cerebralizada de persona. El resultado es un *self* para sí mismo («el código y el secreto están en mi interior») y la emergencia de las neuronarrativas. Este texto, basado en mi trabajo de campo sobre el consumo de antidepresivos en Cataluña, analiza cómo en las neuronarrativas el *self* se objetiviza a sí mismo, mientras que a un tiempo subjetiviza las aficciones, sus presumidas causas y los tratamientos, convirtiendo los sujetos en cosas y las cosas en sujetos.

Palabras clave: neuropolítica, neuronarrativas, consumo de antidepresivos, sujeto cerebral, *self* neuronal.

¹ Este texto ha sido realizado en el marco del proyecto «La vida medicada» (CSO2012-33841), financiado por el Plan Nacional de I+D+i del Gobierno de España. En él se atiende con nuevos datos y con una nueva mirada un tema ya analizado en publicaciones anteriores (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2006, 2007, 2010, 2014).

COMELLES, Josep M. y PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 305-320. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

«The secret is inside me». *Neuropolitics and the emergence of neuro-narratives among antidepressant consumers*

Abstract: The dramatic increase in the consumption of antidepressants in many countries can be taken as one example of the contemporary cerebralization of human affliction. This process has been led by expert systems and has already leaked into global popular culture, creating new biosocialities or neurosocialities, and new ontologies of self as well: the neural self. I define the neural self as an interiorized, cerebralized, centripetal, inwardly-oriented process from which is derived a cerebral idea of personhood. The result is a self for oneself («the code and the secret is inside me») and the emergence of neuro-narratives. This paper, based on fieldwork among consumers of antidepressants in Catalonia, analyzes how in neuro-narratives the self objectifies itself, while at the same time it subjectifies the affliction, its presumed cause (serotonin), and the treatments, turning things into subjects and subjects into things.

Keywords: neuropolitics, neuronarratives, antidepressant consumption, cerebral subject, neural self.

Introducción

En los últimos años, el estudio de las bases biológicas de la consciencia, los procesos psíquicos y los trastornos mentales ha ofrecido impulso a una noción cerebralizada del *self*, tanto en los saberes biomédicos y neurocientíficos, como en los saberes profanos. En este impulso han tenido un papel importante algunos factores, como las nuevas neurotecnologías de representación y visualización cerebral, el desarrollo de nuevas moléculas para los tratamientos de las aflicciones humanas y la presencia de discursos «neuroculturales»² en la cultura pública y los *mass media*. De esta forma se ha dibujado un horizonte que supone la aparición de neologismos que amenazan el lenguaje convencional —«neuro-ética», «neuro-economía», «neuro-educación», «neuro-estética», «neuro-diversidad», entre un largo etcétera— y, también, la emergencia de nuevas formas, ya

² Por neuroculturas entendemos aquí las representaciones y prácticas derivadas del impacto de las neurociencias en el imaginario social, tanto aquellas que aceptan la condición de verdad de la cerebralización de la condición humana como aquellas que contestan esta reducción. Véanse, entre otras muchas referencias, VIDAL (2009) y ORTEGA Y VIDAL (2007, 2011).

sean reales o imaginadas —pero al fin y al cabo, reales en lo simbólico—, de «biosocialidades»,³ o mejor dicho aquí: «neurosocialidades». Desde el *neuro-training* y la gimnasia cerebral, «mantenga en forma su memoria», hasta la cosmética psicofarmacológica, «esculpa su personalidad»; desde el uso de las imágenes cerebrales en los tribunales de justicia hasta el advenimiento de nuevos movimientos sociales como el de la «neurodiversidad», el cerebro se ha convertido en un *locus* especial para pensar los comportamientos, deseos y aficciones característicos de la condición humana.

Como han apuntado algunos autores (VIDAL, 2009), esta perspectiva no es enteramente nueva en el panorama intelectual, ya que podemos retrotraerla al desarrollo, iniciado en el siglo XVII, de la Modernidad en las sociedades occidentales y la consiguiente reducción del *self* a un cerebro que se define como el único órgano necesario para ser nosotros mismos. Es lo que VIDAL (2009), en su análisis del desarrollo del sujeto cerebral, ha llamado *brainhood* o «cerebralidad», en tanto que arquetipo antropológico de la modernidad; una figura que consolidaría la idea del individuo como agente autónomo en sus elecciones e iniciativas. En sus palabras: «si la personalidad es la calidad o condición de ser una persona individual, la cerebralidad apelaría a la calidad o condición de ser un cerebro» (VIDAL, 2009: 5).

Como la personalidad, la «cerebralidad» se expresa de múltiples maneras. Una de ellas, mediante lo que se ha llamado el sujeto cerebral (*le sujet cérébral*) por autores como EHRENBURG (2004), VIDAL (2009), ORTEGA (2010) y ORTEGA y VIDAL (2007, 2011). Otra, vía las nociones de *self* neuroquímico de ROSE (2003) y de *self* neurobiológico de ROSE y ABI-RACHED (2013). También mediante nociones más afines aquí, como las de *self* (psico)farmacéutico de DUMIT (2003) y de JENKINS (2010). Sin entrar en la discusión propiciada por VIDAL (2009) de si la «cerebralidad» es la figura que ha creado las condiciones de posibilidad para el desarrollo histórico de las neurociencias o a la inversa, lo cierto es que estos conceptos apelan a la presencia de un *self* neuronal contemporáneo que anida tanto en los sistemas expertos como profanos, así como a una neuro-ontología que, como indican ROSE y ABI-RACHED (2013), introduce la idea de que podemos mejorarnos a nosotros mismos actuando en nuestra propia cerebralidad.

3 Sobre el concepto de biosocialidad ver RABINOW (1996), entre otros muchos.

Aquí, y siguiendo a CSORDAS (1997), entiendo el *self* como un proceso —el proceso de devenir humano— u orientación que puede cristalizar en determinados modelos culturales de persona. De esta forma, el *self* neuronal es entendido como un proceso particular que construye una orientación cerebralizada y centripeta de sí mismo y del cual se deriva una idea específica de persona. En este marco, el *self* puede asimilarse al proceso de subjetivación —de creación de subjetividades—, y se articula de forma semejante a la noción de *habitus* (BOURDIEU, 1980), ya que supone un sistema de disposiciones duraderas que implica tanto prácticas (incluidas las prácticas de sí mismo o del *self*) como representaciones (incluyendo narraciones y, por supuesto, las narrativas del *self*). Como resulta obvio, desde esta perspectiva no hay tal cosa como un *self* como producto, pues es un proceso en continua auto-constitución de sí mismo.

El *self* neuronal no es necesariamente comprehensivo ni hegemónico en el pensamiento contemporáneo. Como algunos autores han señalado (ORTEGA y VIDAL, 2007), hay una coexistencia de modelos explicativos e incluso de ontologías, incluyendo los saberes profanos, ya que las personas en la vida cotidiana pueden invocar las relaciones sociales, el lenguaje del inconsciente que propone el psicoanálisis o el cerebro neuroquímico para explicar sus aflicciones, las de sus seres próximos y lo que esté en juego en sus vidas. Tampoco el *self* neuronal es incompatible con otros modelos contemporáneos de persona basados en la genética, el cuerpo o la idea ya clásica del actor racional. El *self* neuronal puede coexistir sin grandes contradicciones con estas nociones porque todas ellas se basan en la idea occidental moderna de un yo acotado, interior e individualizado como centro de las decisiones humanas, las creencias, el mundo moral y el pensamiento.

El *self* neuronal se expresa a través de lo que he denominado «neuronarrativas» (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2014). Son relatos que privilegian las explicaciones de la aflicción en términos de disfunciones cerebrales, dificultando una conciencia de las dimensiones sociales del sufrimiento y, a la vez, enmascarando el hecho de esta misma obstaculización. Mientras que el *self* se imbrica indefectiblemente en la vida social, las neuronarrativas imaginan un malestar estructurado en términos de individualidad y cerebralidad. Así, en una inversión de algunas perspectivas tradicionales de la antropología, como por ejemplo el estructuralismo francés (LÉVI-STRAUSS, 1978), que consideran el *self* como un acontecimiento y la sociedad y la cultura como realidades estructurantes, las neuronarrativas

transforman la cerebralidad en estructura y reducen el mundo social a mero acontecimiento. De esta forma se produce una negación del mundo social que produce aflicciones como la depresión, la ansiedad o el malestar emocional en un sentido más amplio, y se privilegia la idea que el secreto está en el interior; pero no en un interior auto-reflexivo, sino en un cerebro imaginado poblado de personajes como las disfunciones sinápticas y los neurotransmisores. Como intentaré mostrar aquí, el incremento en el consumo de antidepresivos en la mayoría de los países de capitalismo avanzado puede entenderse como un ejemplo, entre otros, de la cerebralización contemporánea de las aflicciones humanas y de la emergencia de las neuronarrativas.

El nuevo mercado de las aflicciones

Desde la validación en 1986 del clorhidrato de fluoxetina —más conocido por uno de sus nombres comerciales el *Prozac*[®]—, en Bélgica y en 1987 en los Estados Unidos, la proliferación de apelativos en los medios académicos y de comunicación de masas sobre las virtudes, defectos y repercusiones sociales de los nuevos antidepresivos o antidepresivos de segunda generación,⁴ ha generado una auténtica polifonía terminológica. «La cultura de las drogas legales» (RIMER, 1993), «la cápsula de la evasión» (BRACEWELL, 1993), «la nueva cosmética psicofarmacológica» (KRAMER, 1993), «la píldora de la personalidad» (TOUFEXIS, 1993), «la píldora de las píldoras» (NULAND, 1994) o «la generación Prozac» (GRANT, 1994) son algunos calificativos populares que adquirieron resonancia ya en la primera mitad de los noventa. En relativamente poco tiempo, y como resultado del impacto que las nuevas moléculas dibujaron en la cultura de la modernidad, cobraron fuerza algunas cuestiones: ¿Cuál es el potencial de la psicofarmacología para esculpir la personalidad? ¿Qué hay de diferente entre estas nuevas tecnologías de la mente y los viejos recursos psicoterapéuticos y psicoactivos? ¿Estamos en los umbrales de un cambio cultural

4 A diferencia de los antidepresivos clásicos o de primera generación, como los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los tricíclicos, los antidepresivos de segunda generación son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y otros medicamentos similares, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (o norepinefrina) (IRSN) y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (o norepinefrina) (ISRN), entre otros.

sin precedentes que va a afectar las ideas del *self*, los estados de ánimo y el comportamiento social?

Si bien muchas de estas preguntas permanecen sin respuesta, parece cierto que los nuevos antidepresivos se han convertido en símbolos globalizados presentes en ámbitos tan diversos como los dispositivos médicos y de atención psiquiátrica, la publicidad farmacéutica directa e indirecta al público, los *mass media*, los tecnoespacios informacionales (Internet, *social media*, etc.) y la denominada alta cultura (cine, literatura, etc.) que ha ensalzado o criticado —aunque generalmente con idéntico efecto multiplicador—, el consumo de este tipo de moléculas. Marcas como *Prozac*[®] (fluoxetina), *Paxil/Seroxat*[®] (paroxetina) o *Celexa*[®] (citalopram), —por citar sólo algunas de las más conocidas—, se han convertido en representaciones ubicuas que, mediante el poder homogeneizador de la relación consumidor-mercancía, crean modelos globales sobre la subjetividad y los estados de ánimo en ámbitos locales aparentemente tan diferenciados como distantes. Es la lógica de la mercancía que conlleva que una gran diversidad de objetos, productos, servicios, representaciones, cánones estéticos y modelos de persona puedan incrustarse —al margen de su contexto local de procedencia—, en sistemas globales de distribución y consumo, con el consiguiente protagonismo que ello ofrece a la figura del sujeto-consumidor como paradigma del nuevo individualismo y sus imaginarios asociados: el cuerpo anómalo, decaído y deprimido como símbolo de la ausencia de sintonía con la estructura social frente al cuerpo hiper-normalizado, exultante, vital y con capacidad de decisión en la sociedad de consumo.

El auge de los antidepresivos de segunda generación coincide con la consolidación —y también los primeros síntomas de agotamiento—, en Europa y Norte América de las políticas comunitarias de atención en salud mental. Frente a la imagen clásica del manicomio como institución disciplinaria y de confinamiento de los sujetos afectados por trastornos psicóticos, retraso mental y enfermedades neurodegenerativas, los modelos comunitarios constituyen redes de recursos asistenciales que están dirigidos a la población general y no exclusivamente a los afectados por trastornos mentales graves. Una situación semejante se produce en los sistemas de atención primaria de salud de algunos países que incorporan el tratamiento y el seguimiento de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad entre su repertorio de problemas susceptibles de asistencia. De hecho, la atención de la salud mental en las sociedades de capita-

lismo avanzado muestra un claro desdoblamiento entre lo que podemos llamar una biopolítica de las psicosis y de los trastornos graves, basada en la contención disciplinaria y neuroquímica, a menudo contra la voluntad de los afectados, y una biopolítica de los malestares y los estados neuróticos orientada a la asistencia de amplias capas de la población, usualmente mediante psicofármacos como los antidepresivos (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2006, 2007, 2010). A diferencia de la primera biopolítica, que ya describiera FOUCAULT (2004a, 2004b, 2013) con acierto, la segunda, según HAN (2014), es más bien una «psicopolítica» —para nosotros «neuropolítica»— que establece un sistema de dominación donde, en lugar de emplear el poder opresor característico del modelo disciplinario, se hace uso de un poder seductor y *smart* que apela a las dimensiones pre-reflexivas. En el ámbito psicopolítico el *self* no sólo acepta con entusiasmo los intentos de optimización de sí mismo, por ejemplo, consumiendo antidepresivos, sino que se auto-explota unificando en su interior las figuras hegelianas del amo y del esclavo. Como indica HAN: «La psicopolítica neoliberal está dominada por la “positividad”. En lugar de operar con amenazas, opera con estímulos positivos. No emplea la “medicina amarga”, sino el *me gusta*» (2014: 57).⁵

Las diversas formas clínicas de depresión —depresión mayor, distimia, depresión reactiva, etc.—, y de ansiedad —trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.—, la bulimia y una diversidad de estados reconvertidos en enfermedad, como el síndrome premenstrual disfórico y la fobia social, conforman el amplio espectro de acción e indicación de los nuevos antidepresivos: los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN) o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN), entre otros. Su uso ha aumentado espectacularmente y esta tendencia continúa. Según datos de la OECD (2014), la media de consumo para los países miembros de esta organización era de 62 Dosis Diarias Definidas (DDD) por 1000 personas/día en 2013, si se tomaba como referencia el conjunto de los 20 países de la OECD. En el año 2000, el consumo de antidepresivos para el conjunto de estos países era justo la mitad: 31 DDDs. Este incremento, sin embargo, no ha sido homogéneo, pues se ha producido una

5 Énfasis del autor.

importante variación que oscila entre los valores máximos en 2013 de 118 DDDs en Islandia y los mínimos de 13 DDDs en Chile. Asimismo, entre el año 2000 y el 2013 hay países que han casi quintuplicado el consumo de DDDs, como la República Checa (10 *versus* 49 DDDs, respectivamente). En el caso de España podemos hablar de un incremento que oscila entre los 28,2 DDDs en el año 2000 y los 65,2 en el 2013.

Según nuestro propio análisis,⁶ el 8,6% de la población en Cataluña consume antidepresivos, con una diferencia relevante en términos de género, ya que el 4,9% de los hombres indica que ha consumido este psicofármaco en los últimos dos días frente al 12,1% de las mujeres. Su consumo aumenta con la edad, ya que únicamente el 2,2% de la población entre 18 y 30 años son consumidores, frente al 4,7% de los que tienen entre 31 y 45 años, el 11,7% de los que se ubican en la franja etaria de 46 a 65 años y, finalmente, el 14,5 % entre los mayores de 65.

En líneas generales, el perfil de estos consumidores se asocia con variables como ser mujer, mayor de 45 años, de clase media o media-baja, con estudios secundarios y que percibe una privación de apoyo social. Por ejemplo, la probabilidad de ser consumidora de antidepresivos es de 3,8 (Odds Ratio, OR) entre las mujeres catalanas en comparación con los hombres y, entre ellas, esta probabilidad aumenta con la edad hasta alcanzar un OR de 27,9 entre las mujeres mayores de 65 años frente a las que se ubican entre los 18 y 30 años. Adicionalmente, la probabilidad de consumir antidepresivos entre las personas con percepción de falta de apoyo social es de 3,2 (OR) frente a las que se sienten acompañadas, con una curiosa diferencia de género, pues la probabilidad es de 4,7 entre los hombres y de 2,99 entre las mujeres.

Otros factores a destacar que se desprenden de nuestra investigación cuantitativa y cualitativa sobre el consumo de antidepresivos en Cataluña es la inseguridad y precariedad en el empleo, el desempleo, la dificultad en el acceso a la vivienda, el cuidado de parientes con enfermedades crónicas y degenerativas que generalmente recae en las mujeres, la falta de red

6 En el marco del proyecto *La vida medicada* (2012-2015) se realizó una explotación estadística de las oleadas existentes entre 2010 y 2013 de la *Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA). En esta encuesta se pregunta a los entrevistados si han consumido antidepresivos en los últimos dos días y se recopila información de una gran diversidad de variables sociodemográficas y de salud. Los datos cualitativos son el resultado de la observación y de numerosas entrevistas etnográficas a consumidores de antidepresivos y profesionales de la salud mental en Cataluña a lo largo de los años.

social, la pobreza, la exclusión social, el sentimiento de soledad y la incapacidad para mimetizar las imágenes culturales de éxito y de consumo. En realidad, una parte considerable —aunque difícil de cuantificar— de síntomas depresivos y ansiosos tratados en los servicios de salud mental responde a una neuropolítica que demanda ajustes del individuo al mercado de trabajo manteniendo su capacidad de consumo. Aquí el antidepresivo se convierte en un recurso potencial para conjurar las incertidumbres y riesgos de «desafiliación», entendiendo este concepto —en palabras de CASTEL (1995: 36)— como la imposibilidad o dificultad estructural de los actores sociales para reproducir sus existencias y asegurar su protección.

Algunos de los informantes que he entrevistado desde el año 2002 llegan a afirmar que este tipo de medicamentos es lo «mejor que se ha inventado», pues permite «arreglar tu cerebro». Este es el caso de María de 37 años, administrativa, separada y con dos hijos que afirma:

Lo bueno de tomar *Prozac*[®] es que te cambia a ti y cómo te relacionas con los demás. Yo estaba angustiada por no rendir en el trabajo. Como tenía tantos problemas personales: me había separado, mi relación con los compañeros de trabajo era mala... Eso me angustiaba y muchas noches no me dejaba dormir. Pensaba que me iban a echar. Me iba a quedar sin trabajo. Cuando empecé a tomar *Prozac*[®] las cosas cambiaron. Mi jefe se volvió más comprensivo porque su mujer también lo toma. Yo era más amable con los demás, incluso hacía bromas.

Desde la perspectiva de María, *Prozac*[®] se convierte en la salvación, en la neurotecnología que puede «arreglar» su cerebro, cambiar su visión de la vida y de ella misma y conjurar el riesgo de desafiliación. En realidad, es habitual entre los consumidores de antidepresivos que la sensación de entusiasmo pueda materializarse, semanas o meses más tarde del inicio de la ingesta de estos psicofármacos, en comportamientos que retroalimentan la sociedad de consumo, como la compra de ropa y de diferentes productos, el cambio de vivienda o el inicio de una actividad empresarial. De esta forma, el entusiasmo se convierte en sintónico con las pautas de consumo, mientras que la época asociada a la «depresión» se percibe como un tiempo durante el cual el sujeto era un inadaptable, presa del miedo a endeudarse, con inseguridades sobre el futuro y sin expectativas. De hecho, el antidepresivo opera como un auténtico integrador social, como un instrumento de adaptación que permite conjurar las incertidumbres sociales. Y aquí las neuronarrativas nos revelan su poder fetichista, pues mientras permiten desocializar las aflicciones humanas apelando a una

cerebralidad estructurante, también naturalizan las convenciones de un determinado modo de producción y su mundo de necesidades creadas.

La emergencia de las neuronarrativas

La popularización del *self* neuronal y de sus expresiones neuronarrativas es un fenómeno relativamente reciente entre los consumidores de anti-depresivos en Cataluña. Durante mi trabajo de campo en el inicio de los noventa en la red de atención en salud mental de Barcelona, anterior a la prescripción masiva de los nuevos antidepresivos, era fácil observar reacciones de resistencia. Este es el caso de Rosa, que tenía entonces 50 años de edad. La derivaron a un servicio ambulatorio de psiquiatría de Barcelona, donde la atendieron por una situación compleja de duelo que involucraba la pérdida de varias personas próximas. Tras explicar su historia con evidente dificultad para evitar el llanto, el profesional le prescribió antidepresivos de segunda generación que ella rechazó con firmeza: «lo que tengo no me lo van a quitar estas pastillas». Me sorprendió la interpretación que realizó el clínico de aquel rechazo enérgico de Rosa, pues, llevando al extremo la sinécdoque biomédica, entendió que se encontraba ante una «reacción agresiva propia de la depresión». Curiosa ontología del *self*: las personas están predestinadas por sus condiciones cerebrales a sufrir de depresión y los psicofármacos son necesarios para corregir el tipo de personas que son los pacientes. El *self* aparece aquí como un producto aislado, limitado y prefigurado, en lugar de como un proceso dinámico construido a través del ciclo vital y las relaciones sociales. Lo estructural y estructurante son las condiciones neuroquímicas, no el fluir de la vida social, la cual es relegada en este esquema narrativo a una posición de simple acontecimiento. Rosa insistía en construir una socionarrativa, un modelo explicativo de sus aflicciones habitado por fenómenos corrientes, por pérdidas y adversidades, sin embargo, enfrente se vislumbraba una reducción de todo ese universo a un problema de recaptación de la serotonina en su cerebro.

Con el tiempo, los relatos expertos han ido filtrándose en la cultura popular hasta componer un entramado narrativo híbrido. Este es el caso de Antonio, un joven que después de terminar sus estudios universitarios se vio abocado a empleos precarios y a la frustración de sus expectativas profesionales. Cuando lo entrevisté en 2002, estaba viviendo en una ciu-

dad del área metropolitana de Barcelona y me informó de que tres años antes comenzó a «sentirse mal». Por esta razón consultó a un par de psiquiatras. Ambos profesionales coincidieron en el diagnóstico de depresión, y le informaron que sufría de «un desequilibrio de los neurotransmisores». Antonio insistía en que «la depresión es una enfermedad terrible», que le resultaba muy difícil levantarse por la mañana, que siempre estaba cansado y sin energía. Antonio también me informó (usando, curiosamente, el mismo léxico de los sistemas expertos) que tenía dificultad para concentrarse y dolores de cabeza. Sólo después de un tiempo de conversación me indicó que esta situación coincidió con su intento de combinar largas jornadas de trabajo en empresas de trabajo temporal con los estudios de postgrado. Antonio pasaba noches sin dormir y, cuando lo hacía, dormía mal, con los resultados predecibles al día siguiente. Tras tomar los antidepresivos prescritos por los facultativos dijo que se sentía más feliz y que empezó a ver «la vida con más optimismo». En un momento de su relato me dijo: «ahora mi química cerebral está bien». Cuando le pregunté sobre el impacto de las condiciones de trabajo en su malestar se mostró un poco confundido. Antonio había dissociado su aflicción del mundo social, su química cerebral de su inseguridad en el empleo, como si se tratase de realidades desconectadas una de la otra.

Antonio me explicó que había trabajado en diferentes empresas de trabajo temporal, yendo de aquí para allá, a la espera de un trabajo más estable. Me relató que estaba «agotado», «quemado», física y psicológicamente, con dificultad para disfrutar de la vida, para reírse, para tener relaciones sexuales, para levantarse por la mañana, para «afrontar un nuevo día». Sin embargo, el contexto social de producción de su malestar quedaba oscurecido por sus teorías cerebrales sobre la depresión, pues me insistía en que sus problemas fueron causados por sus neurotransmisores. La historia de Antonio contenía una sacionarrativa que yo solo era capaz de obtener con insistencia y, a la vez, una neuronarrativa que fluía como un discurso aprendido. El primer tipo de narrativa se mostraba fragmentado y confuso, mientras que el segundo estaba bien estructurado, hasta el punto de parecer incuestionable y cerrado a cualquier interpelación. De hecho, Antonio se veía a sí mismo como una isla psicopatológica influenciada por la marea del mundo social y sus múltiples riesgos, pero sin pertenecer a ese mismo mundo. Únicamente con mi insistencia de etnógrafo fui capaz de conectar su aflicción con su contexto de producción, pero, tengo que admitir, sin mucha convicción por su parte.

Podemos entender la narrativa de Antonio como un producto de la alineación, en el sentido marxista de observar como legítimas las desigualdades sociales y las relaciones sociales de producción propias de una economía capitalista. Podemos también entender que él ha corporalizado los intereses mercantilizadores de la industria farmacéutica y los valores sobre la individualidad, la emocionalidad, el trabajo y el éxito profesional propios de la moderna sociedad de consumo. Sin embargo, lo que nos interesa subrayar en este punto es que el antidepresivo se ha convertido para él en un mecanismo de resolución de sus problemas sociales y biográficos y que, paradójicamente, esto ha sido posible mediante una desocialización y dehistorización de su propia experiencia. Por obra de una neuropolítica y de su hegemonía sobre las conciencias, en la narrativa de Antonio el mundo social ha perdido parte de su memoria. Ahora solo encontramos insomnio, depresión y fatiga.

La neuronarrativa de Antonio, como las de otros de mis informantes, nos habla de una integración a una relación consumidor-mercancía que promueve un *self* aislado y a la vez solipsista, un *self* para sí. En oposición a las relaciones de reciprocidad basadas en la tríada dar-recibir-retribuir y en las cuales el *self* es orientado a un mundo externo en el que se produce un reconocimiento y subjetivización de un otro relacional (el pariente, el amigo, el vecino, etc.); en la relación consumidor-mercancía el *self* es orientado a un mundo donde las cosas (mercancías) son subjetivadas o personificadas y los sujetos cosificados. El resultado es un *self* centrípeto para el cual «el secreto está en el interior» y que cristaliza en sujetos afligidos que están predeterminados a ser como son, a menos que modelen su cerebro con neurotecnologías que permitan su optimización.

Conclusiones

En las neuronarrativas el *self* se objetiviza a sí mismo (cerebro, neurotransmisores, disfunciones, etc.) mientras que al mismo tiempo subjetiviza la aflicción (nosologías), sus supuestas causas (serotonina) y los tratamientos (*Prozac*[®], *Paxil*, *Citalopram*), convirtiendo, como ya anunciara MARX (1976), los sujetos en cosas y las cosas en sujetos. Sin embargo, la aceptación de estas soluciones medicamentosas por parte de los consumidores no muestra rasgos de aceptación negativa de un modelo de dominación o de sumisión a una estructura disciplinaria, tal como expresó FOUCAULT

(2004b, 2005, 2013) en la aplicación de su concepto de biopolítica. Más bien los consumidores parecen presentar una aceptación positiva en la que una determinada hegemonía toma cuerpo de forma aparentemente amable, sin que por ello tengamos que asumir la idea optimista de que se trate de la decisión de sujetos soberanos. La cerebralidad parece haber entrado en un pliegue avanzado de su desarrollo; un pliegue en el cual el individuo se cree estructurante de sí mismo y busca las claves de su identidad y su existencia en un modelo de subjetividad que es producto de un mundo exterior, el social, pero el cual paradójicamente es mistificado. En las neuronarrativas el mundo social adopta la posición del acontecimiento más que de la realidad estructurante, y esto también incita a preguntarnos sobre las nuevas inflexiones de un biopoder que, como en el dolor corporal, oculta con su mano el mismo espacio que señala.

En algunas de sus obras, Byung-Chul HAN (2010, 2014) argumenta que la sociedad disciplinaria que describiera Foucault ya no se corresponde con la de hoy en día. Frente a los hospitales, manicomios, cárceles y cuarteles se ha establecido un mundo de gimnasios, bancos, oficinas, aviones y laboratorios de biología molecular. Han lo indica para llamar la atención sobre una sociedad contemporánea que tiende más del rendimiento que a la disciplina, donde los sujetos son emprendedores de sí mismos, o como indica EHRENBERG (2008), que induce a los individuos a la iniciativa personal y a devenir ser ellos mismos. Pero a diferencia de éste, Han no define la depresión como resultado de un cansancio del «devenir sí mismo», de la cesión que la sociedad promueve en el individuo en aras de la responsabilidad propia y la iniciativa, sino de un imperativo del rendimiento que posiciona al sujeto en un «no-poder-poder-más» (*nicht mehr können kann*). HAN (2010: 31) no participa de la idea de Ehrenberg que el «individuo soberano», a modo del superhombre nietzscheano, pueda componer en la sociedad contemporánea una realidad de masas, sino que más bien se trata del «último hombre» carente de toda soberanía, porque se auto-explota a sí mismo haciendo que la libertad y la coacción coincidan. Así, el sujeto con depresión aparece, según sus palabras, como el «inválido de su propia guerra interiorizada».

Ciertamente, la idea de «nada es posible» que caracteriza las narrativas de las personas con depresión únicamente es comprensible en una sociedad que cree que «nada es imposible», como apunta HAN (2010: 31-33). No obstante, los informantes de mi investigación presentan una amplia diversidad de relatos no necesariamente coincidentes con esta idea. Frente

a las narrativas de María y de Antonio que concuerdan en gran medida con la idea del sujeto que se auto-explora a sí mismo y busca optimizaciones para no quedar desprendido de la sociedad del rendimiento, también encontramos otras voces donde se hace presente un discurso de soledad; principalmente entre las mujeres mayores de 65 años, entre las cuales, un 25% en Cataluña son consumidoras de antidepresivos. En estos casos no es el rendimiento lo que está en juego sino la desafiación, la pérdida de los lazos con un mundo, la expulsión de unas relaciones de reciprocidad donde puedan ser reconocidas y reconocerse y por lo tanto subjetivarse: tornarse sujetos. Si hay algún elemento que subyace a las narrativas de mis informantes no se trata del imperativo del rendimiento, que también, sino de la desafiación que genera que la presencia del ser entre en crisis perdiendo toda capacidad de agencia (*agency*), de tal forma que el mundo, como en la crisis de la presencia de DE MARTINO (1958), actúa implacablemente en ellos y no ya ellos en el mundo. El «mundo mágico» de los antidepresivos ofrece aquí una posibilidad de conjurar este riesgo.

Bibliografía

- BOURDIEU, Pierre (1980). *Le sens pratique*. París: Éditions de Minuit.
- BRACEWELL, M. (1993). «Escape Capsule». *The Observer* (Life section), 7 de noviembre de 1993: 30-31.
- CSORDAS, Thomas (1997). *The sacred self: A cultural phenomenology of charismatic healing*. Berkeley: University of California Press.
- CASTEL, Robert (1995). *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. París: Fayard.
- DUMIT, Joseph (2003). «Is it me or my brain? Depression and neuroscientific facts», *Journal of Medical Humanities*, 24(1-2): 35-47.
- EHRENBERG, Alain (1998). *La Fatigue d'être soi – dépression et société*. París: Odile Jacob.
- EHRENBERG, Alain (2004). «Le sujet cérébral». *Esprit*, 309(11): 130-55.
- FOUCAULT, Michel (2004a). *Sécurité, territoire, population*. París: Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (2004b) *Naissance de la Biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*. París: Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (2013). *Obras esenciales*. Barcelona: Paidós.

- GRANT, R. (1994). «The Prozac generation». *The Independent on Sunday*, 30 Jan, 12-16.
- HAN, Byung-Chul (2012 [2010]). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder Editorial.
- HAN, Byung-Chul (2014 [2014]). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder Editorial.
- JENKINS, Janis H (2010). «Psychopharmaceutical self and imaginary in the social field of psychiatric treatment». En: JENKINS, Janis (ed.), *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. New York: School for Advanced Research Press/SAR Press, 17-40.
- KRAMER, Peter D. (1993). *Listening to Prozac*. New York: Viking.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1978). *Myth and meaning*. London & New York: Routledge.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel (2006). «La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones», *Política y sociedad*, 43(3): 43-56. [Consultado el 10/12/2016].
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (2007). «Le Prozac est la meilleure de toutes les inventions. Biopolitiques, antidépresseurs et autres “sorcelleries” du capitalisme tardif en Catalogne». *Socio-anthropologie*, 21: 69-86. [Consultado el 10/12/2016].
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel (2010). «A Medicalização dos Estados de Ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições». En: CAPONI, Sandra et alii (eds.), *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 111-134.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel (2014). «La cerebralización de la aflicción. Neuronarrativas de los consumidores de antidepresivos en Cataluña». *Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 4346-4355 [Consultado el 10/12/2016].
- MARTINO, Ernesto de (1958). *Il mondo magico: prolegomeni a una storia del magismo*. Milano: Edizioni Scientifiche Einaudi.
- MARX, Karl (1976). *Capital, A Critique of Political Economy*. Londres: Penguin Books.
- NULAND, SB. (1994). «The Pill of Pills», *New York Review of Books*, 9 de junio de 1994, 4-6.

- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) (2014). *Health at a Glance, 2013. OECD Indicators*. París: OECD. [Consultado el 10/12/2016].
- ORTEGA, Francisco (2010). *El cuerpo incierto: corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid: CSIC.
- ORTEGA, Francisco; VIDAL, Fernando (2007). «Mapping the cerebral subject in contemporary culture», *RECIIS-Electronic Journal of Communication Information & Innovation in Health*, 1(2): 255-259.
- ORTEGA, Francisco; VIDAL, Fernando (eds.) (2011). *Neurocultures: glimpses into an expanding universe*. Berlin: Peter Lang.
- RABINOW, Paul (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.
- RIMER, S. (1993). «With millions taking Prozac, a legal drug culture arises», *New York Times*, 13 de diciembre de 1993: A1-B8.
- ROSE, Nikolas (2003). «The neurochemical self and its anomalies». En: ERICSON, Richard; DOYLE, Aaron (eds.), *Risk and mortality*. Toronto: University of Toronto Press, 407-432.
- ROSE, Nikolas, NOVAS, Carlos (2004). «Biological Citizenship». En ONG, Aihwa; COLLIER, Stephen (eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 439-63.
- ROSE, Nikolas (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.
- ROSE, Nikolas; ABI-RACHED, Joelle (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.
- TOUFEXIS, A. (1993). «The personality pill», *Time*, 11 de octubre de 1993: 53-54.
- VIDAL, Fernando (2009). «Brainhood, anthropological figure of modernity», *History of the Human Sciences*, 22(1): 5-36.