

LA CEREBRALIZACIÓN DE LA AFLICCIÓN. NEURONARRATIVAS DE LOS CONSUMIDORES DE ANTIDEPRESIVOS EN CATALUÑA

Angel Martínez-Hernández

angel.martinez@urv.cat

Universitat Rovira i Virgili

Este texto toma como base mi investigación sobre el consumo de antidepresivos en Cataluña, una indagación de largo recorrido y diversas interrupciones que inicié el año 2002 (Martínez-Hernández 2007) y que ha recibido recientemente un nuevo impulso dentro del proyecto “La vida medicada. Políticas sanitarias, consumo de antidepresivos y mundos vitales de los jóvenes catalanes” iniciado en 2013. Este nuevo proyecto tiene como principal objetivo explorar los efectos del consumo de antidepresivos en la conformación de determinados modelos de persona y del self. Mi punto de partida es que el aumento incesante del consumo de este tipo de psicofármacos (principalmente de las nuevas moléculas desarrolladas desde el advenimiento del clorhidrato de fluoxetina en la segunda mitad de la década de los 80 del siglo pasado) puede entenderse como un ejemplo más del proceso contemporáneo de cerebralización de las aflicciones humanas. Este proceso ha estado liderado, sin duda, por los sistemas expertos y ha filtrado en la cultura popular global, creando nuevas biosocialidades, o neurosocialidades, y también lo que Rose (2005, 2007) denomina “ciudadanos biológicos”; aquí “neurociudadanos”.

En los últimos años, el estudio de las bases biológicas de la consciencia, el self y de aflicciones tales como la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad han permitido la emergencia de una nueva ontología del self no sólo en la biomedicina y en las neurociencias, sino también en los saberes legos. Este nuevo self ha recibido diferentes denominaciones como “sujeto cerebral” (*le sujet cérébral*) (Ehrenberg 2004, Vidal 2009, Ortega 2010, Ortega y Vidal 2007, 2011), self neuroquímico (Rose 2007, 2013) o self farmacéutico (Dumit 2003, Jenkins 2010); términos diferentes que refieren, sin embargo, a un núcleo conceptual semejante: el self neuronal como personaje de las neuroculturas contemporáneas.

Aquí, y siguiendo parcialmente a Csordas (1997), entiendo el self como un proceso 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 centrípeta de sí mismo y del cual se deriva una idea específica de persona: el sujeto cerebral. En este marco, el self puede asimilarse al proceso de subjetivación (de creación de subjetividades) y se articula de forma semejante, aunque no idéntica, a la noción de habitus en la teoría de 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 aislado o aislable del mundo social, sino en todo caso un self que se cree aislado o aislable del mundo social y que construye fantasmagorías de suficiencia, poder y control de sí mismo. Tampoco habría tal cosa como un self en tanto que producto acabado que puede descubrirse a sí mismo mediante el autoconocimiento, sino un self como proceso que genera cristalizaciones en forma de determinados modelos culturales de persona.

El self neuronal no es omniabarcador ni hegemónico en el pensamiento lego contemporáneo. Como algunos autores han señalado (Ortega y Vidal 2007), hay una coexistencia de explicaciones profanas e incluso de ontologías, 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 selves y 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 locus de las acciones humanas, las creencias, el mundo moral y el pensamiento.

No obstante, el self neuronal introduce nuevas formas de pensar acerca de lo que significa ser humano y, por lo tanto, implica nuevas categorías, identidades, prácticas y objetivaciones o cristalizaciones en determinados modelos culturales de persona. Desde el neuro-training y la gimnasia cerebral ("Mantenga en forma su memoria") hasta la psicofarmacología cosmética ("Esculpa sus estados de ánimo"), desde el uso de las imágenes del cerebro en los ensayos clínicos y en los procesos legales hasta la irrupción de los nuevos movimientos sociales basados en la neurodiversidad, el cerebro se ha convertido en un lugar privilegiado para reflexionar sobre nuestros comportamientos, deseos y voluntades y también sobre nosotros

mismos. Los conceptos tradicionales como el alma, la personalidad, el temperamento, e incluso la idea misma de la subjetividad han dejado paso a esta nueva cualidad ontológica que Vidal ha llamado " brainhood " (Vidal 2009:5): "If personhood is the quality or condition of being an individual person, brainhood could name the quality or condition of being a brain".

Al igual que la "personhood", la "brainhood" o cerebralidad se expresa de múltiples maneras. Una de ellas es a través de lo que he llamado neuro-narrativas y que pueden ser definidas como relatos del self neuronal; relatos que privilegian las explicaciones en términos de disfunciones neuroquímicas y que intentan cortocircuitar, así, la conciencia de las fuentes sociales del sufrimiento. Curiosamente, mientras que las aflicciones de los consumidores de antidepresivos toman como base indiscutiblemente la vida social (la pérdida del empleo, la dificultad para conseguir trabajo, el divorcio, las relaciones interpersonales, el duelo ante la pérdida de un ser querido, etc.), en las neuro-narrativas el sufrimiento aparece estructurado de forma individual. Así, en una inversión de la perspectiva antropológica tradicional, por ejemplo del estructuralismo francés que considera el self como acontecimiento y la sociedad y la cultura como estructuras, en las neuro-narrativas el self neuronal es la estructura y el mundo social es reducido a puro acontecimiento.

Las neuro-narrativas, con su mistificación del mundo social que produce malestar y sufrimiento, se adaptan muy bien a los discursos biomédicos tradicionales. Como sabemos, el ocultamiento de las causas sociales de las aflicciones es inherente a la psiquiatría biomédica y forma parte de la tradición positivista. Una tarea central de esta tradición es la transformación sistemática de las quejas y discursividad del paciente en un lenguaje de hechos reales, de los síntomas subjetivos en signos médicos, del sufrimiento en nosologías supuestamente predecibles (Martínez Hernández-2000). Como resultado de ello no sólo se cosifica el self del paciente, sino también el self del clínico, que desiste de ser en tanto sujeto reflexivo y narrativo; a su vez las nosologías y los tratamientos son personificados. Es el fetichismo de la enfermedad que produce una invisibilización de la subjetividad al mismo tiempo que de forma sincopada genera un mundo fantasmagórico de cosas reales. La función de este fetichismo no es únicamente naturalizar los hechos sociales, sino también obscurecer la voluntad de poder de este mismo proceso para mostrar el discurso biomédico como una narrativa aséptica y transparente que evoca el principio baconiano de que el lenguaje científico es el espejo de la naturaleza.

Ahora bien, las neuro-narrativas legas de los consumidores de antidepresivos son un fenómeno relativamente reciente. A lo largo de mi trabajo de campo desde principios de los

años 90¹, y antes de la popularización masiva de los nuevos antidepresivos, he observado que en aquella época, y en contraste con el discurso biomédico, las narrativas legas adoptaban una orientación fundamentalmente social; es decir, el sufrimiento era entendido como el producto de un mundo social más que de un yo individual estructurado y estructurante. Sin embargo, esta especie de socio-narrativa ha dejado paso progresivamente a una neuro-narrativa de la aflicción como resultado de la hegemonía de la práctica biomédica y de la industria farmacéutica. Como María, una de mis informantes, señalaba ya en 2002: "Creo que el Prozac es una de las mejores cosas que se han inventado". Pero intentemos comparar dos casos para mostrar esta transformación narrativa.

Escena Uno, 1991: Son las 11 horas y 15 minutos y nos encontramos como observadores en la consulta del Doctor S, un psiquiatra de la red pública de Barcelona. A los pocos minutos entra una paciente en su consulta. Se trata de Rosa, de aproximadamente 50 años, que, ante la pregunta "¿Cuénteme qué le ocurre?" planteada por el clínico, responde con cierto pesar en el habla: "¡Ay Dios mío! No encuentro sentido a la vida desde que murió mi marido". Al poco rato el clínico garabatea en un papel "sentimientos de desesperanza", mientras la paciente continúa con su narrativa y explica que ahora su hija ya es mayor y quiere vivir sola, que se siente inútil porque siempre se había dedicado a su familia y ahora ya no tiene familia, que su madre murió hace un par de años y que "la casa se le cae encima". El clínico no espera a que la paciente construya más a fondo su relato y realiza preguntas del tipo "¿Se siente usted cansada por las mañanas?", "¿Ha perdido peso últimamente?". La paciente muestra un gesto que interpreto como una incomprensión sobre el objetivo de estas cuestiones, pero continúa hablando de sus problemas cotidianos. Tras una breve espera, el profesional interrumpe de nuevo la narración de Rosa con cuestiones del tipo: "¿Ha tenido ideas de suicidio? "¿Puede dormir bien por las noches?", "¿Desde cuándo tiene usted estas sensaciones?". La paciente responde a estas preguntas apelando a su mundo de vivencias y representaciones. No acepta el suicidio porque es contrario a la fe católica y en cuanto al sueño reconoce que hace tiempo que lo tiene perturbado por la cantidad de recuerdos e incertidumbres que por la noche invaden su mente. La sesión finaliza abruptamente con una indicación de tratamiento psicofarmacológico -concretamente antidepresivos- por parte del psiquiatra y con una frase de la paciente: "Lo que tengo no me lo van a quitar estas pastillas".

¹ Este trabajo de campo se ha desarrollado en diferentes dispositivos de la red de salud mental de Cataluña y los datos obtenidos provienen también de mis vínculos desde la década de los noventa como investigador, asesor, experto o miembro de comisiones de la citada red.

Esta escena que acabamos de mostrar es anterior al auge de los antidepresivos de nueva generación. Quizá por ello Rosa se muestra extraordinariamente reluctante a resolver sus adversidades con psicofármacos e insiste en historizar y socializar su aflicción frente al procedimiento reificador del clínico que, contrariamente, lleva a cabo una búsqueda de indicios y “hechos” que le permitan elaborar un diagnóstico y pautar un tratamiento de tipo psicofarmacológico. Como el sistema biomédico no dispone de un conocimiento sobre las bases biológicas de gran parte de los trastornos mentales ni tampoco cuenta entre su arsenal con tecnología médica que permita revelar disfunciones mediante pruebas diagnósticas, la búsqueda del psiquiatra se ve limitada a la observación de los signos físicos manifiestos, cuando éstos existen, y a la interpretación de las expresiones del paciente como evidencias más o menos directas de supuestas alteraciones neuroquímicas o neurohumorales. En el caso de Rosa se supone que su problema, como en las depresiones en general, es una alteración de la recaptación de serotonina en el cerebro. De esta forma, sus adversidades, la pérdida de sus seres queridos, los inconvenientes de la desigualdad de género, la dificultad de encontrar una función social en su vida o incluso su desplante final, que puede ser interpretado clínicamente (y así lo fue) como una reacción agresiva propia de la depresión, son reducidos al ámbito de la disponibilidad de serotonina en los procesos de sinapsis neurales.

Como podemos observar, el paciente habla y describe sus sensaciones, expresa sus síntomas, narra su aflicción. De toda esta información el profesional sólo rescata algunos síntomas para proceder a un diagnóstico. Ese rescatar es algo así como reconvertir "¡Ay Dios mío! No encuentro sentido a la vida desde que murió mi marido" en "sentimientos de desesperanza", uno de los criterios diagnósticos de distimia o neurosis depresiva. Tras esta queja, el paciente continúa relatando su malestar, pero sus intereses derivan en la expresión de sus reflexiones: "Y claro, ahora mi hija ya es mayor y quiere vivir sola". Ante lo cual el profesional muestra una limitada dosis de paciencia y acaba preguntando: "¿Se siente usted cansada por las mañanas? ¿Ha perdido peso últimamente?". El paciente sigue el hilo de las cuestiones que le acaban de hacer y define de forma más o menos precisa sus sensaciones. De nuevo otras preguntas del clínico irrumpen en la escena: "¿Ha tenido ideas de suicidio? ¿Ha pensado que no merecía la pena la vida? ¿Puede dormir bien por las noches?" La narrativa de la afligida da de nuevo respuesta a estos interrogantes, pero introduce una dimensión biográfica y moral a través de sus palabras. De nuevo el clínico pregunta: "¿Desde cuándo tiene usted estas sensaciones? ¿Está tomando algún medicamento?", con lo cual el orden de lo que acontece es reconvertido en un lenguaje de señales y hechos naturales, como el humo que indica la existencia de fuego o las nubes que anuncian la tempestad.

El ejercicio de “desprendimiento” de lo social que desarrolla el psiquiatra de nuestra escena no es un caso aislado y puede interpretarse como un artificio cultural –intrínseco a una determinada cultura profesional- que genera “ilusiones” sobre los fenómenos patológicos. Se trata de un fetichismo de la enfermedad que opera en un doble plano. En un primer nivel, el objeto (la aflicción) es reducido a una situación presocial, a un mundo de neurotransmisores, sinapsis neurales y principios farmacológicos activos a los que se les supone una eficacia biológica. Aquí el paciente es cosificado mientras su “enfermedad” y los tratamientos son personificados: la depresión y los antidepresivos como personajes con identidad en un mundo de representaciones biomédicas. En un segundo nivel, la desocialización del objeto evita cualquier interpelación -al menos en un sentido prioritario- sobre lo social del sujeto (el psiquiatra, el sistema asistencial, la presión de los laboratorios farmacéuticos, la cultura profesional, etc.) y permite desocializar las propias interpretaciones clínicas. El fetichismo de la enfermedad adopta, así, un carácter de doble negación de las relaciones sociales, tanto en el plano del objeto como del sujeto. De esta forma, el clínico construye un mundo de fenómenos naturales que pueden ser analizados y tratados sin interferencias, pues lo social ha sido ocultado o disimulado por un proceso de reificaciones y desprendimientos.

Pero lo que queremos destacar aquí es que en esta escena encontramos una 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 que es relegada a una posición de simple acontecimiento.

Escena Dos, 2002: Antonio es un joven que después de terminar sus estudios universitarios se vio abocado a empleos precarios y a la frustración de sus expectativas profesionales. En el momento en que fue entrevistado estaba viviendo en una ciudad en las afueras 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: "depresión", y le informaron que sufría de "un desequilibrio de los neurotransmisores". Antonio insiste 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 informa (usando curiosamente el mismo lenguaje de los sistemas expertos) que tenía dificultad para concentrarse y dolores de cabeza. Sólo después de un tiempo de conversación me indica que esta situación coincidió con su intento de combinar largas jornadas de trabajo con los estudios

de postgrado. Antonio dijo que pasaba noches sin dormir y cuando lo hacía, dormía mal y con los resultados predecibles al día siguiente.

Después de 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 dice: "Ahora mi química cerebral está bien". Cuando le pregunto sobre el impacto de las condiciones de trabajo en su malestar se muestra un poco confundido. Antonio ha disociado su aflicción de la vida social, su química cerebral de su inseguridad en el empleo, como si no fuesen realidades relacionadas entre sí. Su historia contiene una socio-narrativa que yo era capaz de obtener sólo con mucha insistencia y a la vez una neuro-narrativa que fluye como un discurso aprendido. El primer tipo de narrativa se muestra fragmentada y confusa, mientras la segunda está bien estructurada, hasta el punto de parecer incuestionable y cerrada a cualquier interpelación. De hecho, Antonio se ve 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.

Antonio me explica que había trabajado en diferentes empresas de trabajo temporal, yendo de aquí para allá, a la espera de un trabajo más estable. Me relata 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 "enfrentar un nuevo día". Sin embargo, el contexto de producción de su malestar queda oscurecido por sus teorías cerebrales sobre la depresión. Antonio insiste en que sus problemas fueron causados por sus neurotransmisores. De hecho, Antonio construye una neuro-narrativa similar a la del clínico de Rosa, donde la explicación que finalmente es convincente y adecuada es la del desequilibrio neuroquímico.

La narrativa de Antonio no es diferente temática o estructuralmente de las de otros consumidores de antidepresivos que he entrevistado. La inseguridad en el empleo, el desempleo, la dificultad de acceso a la vivienda, el cuidado de familiares con enfermedades crónicas, la pérdida de las redes sociales, la pobreza, la marginación, el sentimiento de soledad y la incapacidad de imitar las imágenes culturales de éxito y de consumo son algunos de los factores más citados. De hecho, una parte considerable - aunque difícil de cuantificar - de los síntomas depresivos tratados por los servicios de salud mental responde claramente a una política económica que exige ajustes del individuo al mercado laboral y el mantenimiento de su capacidad de consumo. Aquí el antidepresivo se convierte en un recurso potencial para superar o al menos soslayar las incertidumbres y los riesgos de desafiliación, entendiendo este

concepto - en palabras de Robert Castel (1995:36) - como la imposibilidad o dificultad estructural de los actores sociales para asegurar su existencia y su propia protección.

Entre las escenas 1 y 2 han transcurrido once años que han supuesto cambios considerables en el tratamiento de la depresión y, también, en la popularización de los antidepresivos. Algunos de los datos son ilustrativos en este punto. Según los Indicadores de la OCDE (OECD 2013), el consumo de antidepresivos en España ha pasado de 28 dosis diarias definidas o DDDs por 1.000 personas en el año 2000 a 64 DDDs en el año 2011, y este aumento ha sido probablemente mayor en los años subsiguientes, debido al impacto de la crisis económica. De hecho, en la imaginación de muchos consumidores, el antidepresivo se convierte en la salvación, en la neuro-tecnología que puede cambiar su perspectiva de la vida y de sí mismos y proporcionar un medio de evitar el riesgo de desafiliación. Lo habitual es que el sentimiento de euforia después de algunos meses de tratamiento con antidepresivos pueda materializarse en conductas que alimentan a la sociedad de consumo, tales como la compra de ropa y de diferentes productos, un cambio de vivienda o el inicio de un negocio, como en el caso de Antonio. De esta manera, el entusiasmo se convierte en socialmente funcional, mientras que los momentos asociados a la "depresión" se perciben como un tiempo en el que el sujeto era un inadaptado, presa del miedo a endeudarse, con incertidumbre sobre su futuro y sin expectativas. El antidepresivo opera aquí como un integrador social, pero ¿integrador a qué?

Una hipótesis que quiero dibujar aquí, aunque sea únicamente de forma somera y preliminar, es que esta integración se debe principalmente a una relación consumidor-mercancía que fomenta un self solipsista. En otras palabras: a diferencia de las relaciones de reciprocidad donde el self está orientado a un mundo externo entendido como mundo subjetivado (los iguales, los familiares, los afines, etc), en la relación consumidor-mercancía característica del capitalismo de consumo el self se orienta a un mundo interior donde las cosas se subjetivizan y los individuos se objetivizan. El resultado es un self para sí mismo, un self centrípeto que entiende que "el código y el secreto está dentro de sí mismo" y que se diferencia del self de la reciprocidad de carácter centrífugo y articulado en esa externalización de sí mismo que es la lógica de dar-recibir-retribuir.

El self neuronal, enredado entre sus malestares y su posición de consumidor, construye una narrativa de sinapsis y disfunciones donde el mundo social resulta ajeno. No es, obviamente, un sujeto excluyente, pues co-habita con otras formas de subjetivación. Tampoco es un sujeto necesariamente dogmático. Su particularidad es ser un sujeto para el cual lo estructurante es su cerebro. Es por ello que deviene en un sujeto para-sí, aunque esto no signifique que

estemos hablando de un sujeto reflexivo. El bucle hacía sí mismo no se devuelve hacia un pensarse como ser-en-el-mundo, tampoco hacia otros con rostro, sino hacia un cerebro fantasmal que no comprende, pero que ofrece sentido aparente a lo que ocurre. En este punto, el sujeto cerebral construye fantasmagorías donde se objetiviza a sí mismo, mientras a la vez subjetiviza las aflicciones (depresión), sus supuestas causas (disfunción serotoninérgica) y los tratamientos (Prozac, Seroxat, Citalopram, etc.), en una especie de esfuerzo mimético con ese proceso de la cultura capitalista por el cual las cosas se personifican y los sujetos se tornan cosas.

Bibliografía

- Bourdieu, P. (1980) *Le Sens Pratique*. Paris: Éditions de minuit.
- Castel, R. (1995) *Les Métamorphoses de la Question Sociale: Une Chronique du Salarial*. Paris, Fayard.
- Csordas, T. J. (1997) *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley: University of California Press.
- Dumit, J. (2003) "Is it me or my brain? Depression and neuroscientific facts". *Journal of Medical Humanities*, 24(1-2), 35-47.
- Ehrenberg, A. (2004) "Le sujet cérébral". *Esprit*, 309(11), 130-55.
- Jenkins, J. H. (2010) Psychopharmaceutical self and imaginary in the social field of psychiatric treatment. En J.H. Jenkins (Ed.). *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. pp, 17-40, San Diego: School for Advanced Research Press/SAR Press.
- Martínez-Hernández, A. (2000) *What's Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. London & New York: Routledge.
- Martínez-Hernández, A. (2007) "Le Prozac est la meilleure de toutes les inventions". *Socio-anthropologie*: <http://socio-anthropologie.revues.org/1083>
- Marx, K. (1976). *Capital, A Critique of Political Economy*. Londres: Penguin Books.
- Ortega, F. (2010) *El Cuerpo Incierto*. Madrid: Editorial CSIC.
- Ortega, F. y Vidal, F. (2007) "Mapping the cerebral subject in contemporary culture". *RECIIS-Electronic Journal of Communication Information & Innovation in Health*, 1(2), 255-259.
- Ortega, F. y Vidal, F. (Eds.). (2011) *Neurocultures: Glimpses into an Expanding Universe*. Berlin: Peter Lang.

Rose, N. y Novas, C. (2004) "Biological Citizenship". En Ong, A. y Collier, S. (Eds.) *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, MA: Blackwell Publishing.

Rose, N. (2007) *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-first Century*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.

Rose, N. y Abi-Rached, J.M. (2013) *Neuro. The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.

Vidal, F. (2009) "Brainhood, anthropological figure of modernity". *History of the Human Sciences*, 22(1), 5-36.