

UNA APROXIMACIÓN SOCIOLÓGICA A LA DEPRESIÓN: FLEXIBILIDAD, HIPERINDIVIDUALIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN EN LA SOCIEDAD POSMODERNA

A Sociological Approach to Depression: Flexibility, Hiperindividualization and Medicalization in Postmodern Society

Bárbara Hidalgo López

barbarahidalgo1996@gmail.com

Érik Dueñas Rello

erikdrqg@gmail.com

Gabriel Molina García

gabrielmolina.94@gmail.com

Universidad Complutense de Madrid / FSOC-ARROW

Resumen:

Los trastornos mentales han sido fuente de diversos análisis, radicando éstos únicamente en el saber médico, en el ámbito de la Psicología y más especialmente en la Psiquiatría en cuanto a su diagnóstico y su definición. En este artículo se pretende presentar una visión más amplia de uno de estos trastornos, la Depresión, buscando sus causas y su origen en factores de índole psicosocial, dando cuenta de como el sistema en el que nos encontramos influye, encontrando cada vez más personas diagnosticadas como enfermas. En un mundo en el que los vínculos sociales se están diluyendo a pasos agigantados, en el que hemos de reafirmar nuestra individualidad constantemente, en el que nos exigimos una autorrealización casi imposible y en el que los ritmos de vida nos ahogan, sin la seguridad que nos ofrecían los vínculos sociales, es lógico pensar en los trastornos depresivos como un síntoma de nuestra época. Teniendo en cuenta que el contexto es el que determina lo sano y lo enfermo, se intentará mostrar como este mismo sistema hiperindividualizado impone medidas a corto plazo enfocadas a la adaptación a las diferentes esferas a través de la medicalización absoluta de la salud mental, reforzando el saber médico como garante del conocimiento de lo sano.

Palabras clave: Depresión; medicalización; sociedad posmoderna; ritmos de vida; flexibilidad

Abstract:

Mental disorders have been deeply analyzed, lying these analysis in medical knowledge only, in the field of Psychology and more concretely in Psychiatry in respect of its diagnosis and its definition. The intention of this article is to present a more widely vision of one of these mental disorders, Depression, seeking its causes and its origin on psico-social factors, providing account of how the system in which we are influences, increasing the number of diagnosed people as a result. In a world in which social links are being diluted by leaps and bounds, in which we have to reaffirm our individuality constantly, demanding ourselves a barely plausible self-fulfillment as well as accelerated lifestyles overwhelm us, without the safety offered by those social links, establishing depressive disorders as a symptom of our era should be a reasonable thought. Regarding that the context determines what is considered healthy and unhealthy, it is our intention to show how this hiperindividualized system imposes short-term measures focused on the full adaptation to the different spheres through the absolute medicalization of mental health, strengthening medical knowledge as the guarantor of health knowledge.

Key words: Depression ; medicalization; postmodern society; accelerated lifestyle; labour flexibility

¿Qué es la depresión? análisis de la construcción social de la enfermedad

¿Qué es una enfermedad mental? La respuesta que podríamos dar a esta pregunta quizá difiera de aquella que encontraríamos en un ensayo de una especialidad diferente. No existe un criterio universal definitorio del concepto de enfermedad. En sí misma, entendemos la enfermedad como lo contrario a la salud. Desde un enfoque social, comprendemos lo saludable como “los procesos [...] típicamente aceptados y valorados por las sociedades contemporáneas, a menudo por los miembros de la clase media de esas sociedades” (Warr en Sánchez, 2002: 23), por lo que podemos establecer que la enfermedad mental son aquellos procesos poco valorados por la sociedad en que nos enmarcamos. Sin embargo, la relación entre salud y enfermedad no es unilineal; la ausencia de enfermedad no es la única condición para poder hablar de bienestar psicológico, a pesar de que esto sea lo que prima en el área médica: “la salud supone un estado de equilibrio óptimo, mientras que la enfermedad denota algún grado de diferencia con respecto al funcionamiento equilibrado del organismo” (Sánchez, 2002: 24).

La representación social de la salud no es universal, depende del contexto en el que se inscribe. Los criterios y formas de diagnóstico hegemónicos para establecer los límites entre la salud y la enfermedad están absolutamente basados en lo que llamamos *paradigma (bio)médico*, que nace de la tradición positivista de la ciencia moderna, que produce una visión segmentada del individuo y no holística (De Yzaguirre, 2014). Por otro lado es cierto que existen definiciones de la salud y la enfermedad que intentan separarse de esa tradición científica y reduccionista para integrar elementos ajenos al orden de lo físico: para René Dubos la salud se traduce en “un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente durante el mayor tiempo posible en el ambiente donde está ubicada” (De Yzaguirre, 2014: 25), sin embargo es el paradigma biomédico el que se ha impuesto. Esta visión de la salud como algo segmentado se observa en diversos enfoques de la salud mental en los que se desglosa ésta en diferentes características que han de cumplirse, lo que convierte la salud mental en un atributo individual. Un ejemplo claro es el propuesto por M. Jahoda (1958) para quien la salud mental se basa en *autoestima, autorrealización, integración de la personalidad* (coherencia de la personalidad), *autonomía, adecuada percepción de la realidad, y dominio del ambiente* (Sánchez, 2002: 36-37). La salud mental por tanto se define en su desagregación en características positivas, lo que supone que seguimos dentro de una definición amplia a la vez que ambigua.

Si observamos detalladamente el manual clínico de referencia dentro del ámbito de la psiquiatría (y en parte de la psicología) para el diagnóstico y abordaje estratégico de un trastorno mental, el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), podemos reconocer paralelismos en su concepción de enfermedad mental. El DSM recoge diferentes trastornos mentales, pero no da una definición de estos, sino que los describe en cuanto a su sintomatología: desagrega cada trastorno listando los posibles síntomas derivados de éstos para que, a juicio del experto médico, establezca si un paciente presenta suficientes síntomas como para poder ser categorizado como “enfermo”. Tanto la salud mental como la enfermedad, debido a su ambigüedad, acaban por ser moldeables a cada caso, y acaban siendo decisión del juicio experto.

Uno de estos trastornos es el que ocupa este ensayo: la depresión. El DSM no recoge definición alguna de este trastorno, sino que describe los posibles síntomas que puede presentar una persona depresiva. El DSM V enmarca esta enfermedad dentro de la categoría de trastorno mental, el cual queda definido como:

un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (DSM, 2013: 5)

Así, podemos entender la depresión como un estado mental cuyos síntomas son de predominio emocional y que conlleva una reducción en las capacidades cognoscitivas, sociales e incluso físicas (debido a la presencia de síntomas tales como el insomnio o la pérdida de peso). El gran problema del diagnóstico de esta enfermedad es su definición ambigua, resumida en una serie de síntomas que de estar presentes pueden derivar en este estado. Tomando como referencia el **Trastorno de Depresión Mayor**, observamos que el manual nos da unas pautas para su diagnóstico, partiendo de la base de una constatación de una serie de síntomas que aparecen a diario (DSM, 2013: 104-106):

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento)
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

La presencia de mínimo cinco de estos síntomas da lugar al diagnóstico de este trastorno (siempre que estos síntomas no tengan otra explicación causal), además, como la mayoría de síntomas son diagnosticados en base a la subjetividad del potencial diagnosticado o a la observación de su entorno o del experto médico, es

pertinente afirmar que en el abordaje clínico de esta enfermedad -al igual que ocurre con los conceptos de enfermedad y salud mental- “el diagnóstico descansa en la confianza, bien de los juicios en torno a la manifestación de los síntomas por parte del terapeuta, bien por la veracidad de las declaraciones del paciente” (Sanchez, 2002: 44).

Pero, ¿por qué el DSM aparece como un ente revestido de autoridad científica e incluso moral para definir lo que es un trastorno mental? Esta cuestión no puede ser respondida o al menos analizada sin tener en cuenta el trasfondo ontológico del paradigma médico consolidado en la sociedad contemporánea, especialmente en eso que llamamos “mundo desarrollado”. El paradigma biomédico debe su herencia a la ciencia moderna, por lo que descansa en los principios positivistas de la misma en términos de principios epistemológicos como la experimentación. Como señala De Yzaguirre “el modelo biomédico es monista y unicausal, y se centra en las disfunciones biológicas (la fisiopatología) que son internas al individuo, asignando a la enfermedad un origen biológico” (2014: 23). Tenemos como modelo un paradigma que entiende que el cuerpo viene a ser una suma de órganos donde lo fisiológico es lo determinante para comprender las enfermedades incluso los trastornos mentales, abogando por el estudio de lo que es “observable” y “objetivamente cuantificable”. Es por ello que vamos a apostar por atribuir la importancia que le corresponde a las explicaciones de los trastornos mentales como la depresión, sirviéndonos de la defensa de un análisis más psicosocial.

Para Aaron T. Beck la depresión se fundamentaría en una disfuncionalidad que genera deficiencias de tipo cognitivo; la depresión se basa en una *triada cognitiva* consistente en una percepción negativa “de sí mismo, de la experiencia actual (presente) y del futuro” (Sanchez, 2002: 48). Esta percepción negativizada, distorsionada del agente y de su desenvolvimiento en las situaciones diarias supondría la aparición de “esquemas cognitivos” -patrones regulares a través de los cuales analizamos las situaciones que vivimos- también distorsionados, que mermarían la capacidad de este agente de procesar la información de su entorno de manera objetiva. Esta visión individualista de la etiología de la depresión supone la legitimación de los marcos clínico-positivistas propios de la psiquiatría, pero Beck añade un elemento fundamental al análisis etiológico de esta enfermedad: la distorsión de los marcos analíticos del entorno por parte de la persona con depresión se debe a una pérdida de un algo considerado fundamental para la realización de ese Yo: “El paciente percibe que ha perdido algo que considera esencial para su felicidad o tranquilidad” (Beck en Sánchez, 2002: 53). Esta pérdida actúa como estresor, desencadenando esa distorsión de los esquemas cognitivos con los que analizamos la realidad.

Señalar esos factores ambientales es de extrema relevancia, y es que dentro de los marcos interpretativos propios de las teorías psicológico-cognitivas el foco de atención se ponía sobre los factores individuales. Esta minusvaloración de los factores externos descarta e invisibiliza un buen número de factores que propicien o causen determinados trastornos mentales a determinadas personas que están en continua interacción con éstos, ya sean factores ambientales o factores estructurales o sociológicos. Un factor a tener en cuenta en el estudio de la salud mental es el llamado “apoyo social”. El apoyo social se basa en la existencia de redes de relaciones interpersonales a las que pueda acceder una persona ante la aparición de un determinado estresor o que le sirvan como amortiguador frente al mismo; podemos decir que estas redes interpersonales se erigen como *redes de seguridad*, proporcionando a la persona “un recurso no personal de afrontamiento” (Sánchez, 2002: 121). Estas redes de seguridad proporcionan un sentimiento de apoyo y de aceptación que, o bien actuarían en el momento de aparición de un estresor (hipótesis de efectos directos), o bien supondrían un apoyo estructural en la vida de la persona que le protegerían de los efectos adversos de estos posibles estresores (hipótesis de efectos de amortiguación). Sea como fuere, lo que queda claro es que un sentimiento de pertenencia a una colectividad supondrá unos niveles de bienestar mental mayores que una situación de ausencia de apoyo social, o una situación de relaciones interpersonales más lábiles.

Estas redes de seguridad no tienen porque ser únicamente interpersonales. Red de seguridad hace referencia a cualquier tipo de relación que garantice la estabilidad de una persona en su supervivencia diaria. Así, una red de seguridad importante es el trabajo estable; el trabajo como red de seguridad es de gran relevancia

en tanto que puede actuar como amortiguador o protector de los posibles estresores. Peter Warr establece nueve factores ambientales que afectan directamente a la salud ambiental, de los que queremos extraer cuatro que podemos relacionar con la esfera laboral y que presentan peculiaridades en relación a los niveles de salud mental: la *oportunidad de control* supone la posibilidad de decidir que acciones realizar y prever sus efectos, siendo el trabajo una esfera en la que el control es un factor fundamental, en tanto que los trabajadores han de tomar decisiones constantemente; las *oportunidades para la utilización y desarrollo de conocimientos y habilidades* también está condicionado por el ambiente laboral, donde se permite la puesta en práctica de las capacidades de los trabajadores; el trabajo genera *metas externas* que incentiva determinadas actividades para la consecución de los logros estipulados por los roles laborales; por último una *variedad ambiental* en el trabajo genera la realización de actividades menos rutinarias, y por tanto más alentadoras (Sanchez, 2002: 127).

Warr a su vez señala otra serie de factores como son la *seguridad física* o la *disponibilidad económica* que también se generan en la esfera laboral, pero la elección de estos cuatro factores se debe a la particularidad de que en situaciones donde estos factores se encuentran en un grado muy elevado, pueden llegar a suponer un empeoramiento en la salud mental. Así, si a un trabajador se le exige un gran número de logros relacionados con el rol que desempeña en su institución laboral, se generaría una situación de gran presión ambiental en la que perdería la capacidad de control sobre su ambiente, desencadenando la aparición de mayores niveles de estrés. Suele considerarse el *control* como el factor ambiental central en los estudios sobre causas del deterioro social; la pérdida de control sobre la vida de uno mismo es, en suma, la pérdida de ese algo importante que Beck señalaba como estresor causante de la depresión. La pérdida de control prospectivo va de la mano de la pérdida de una importante red de seguridad, la pérdida de la capacidad de narrar tu propia vida, de generar tu identidad. La capacidad de control no es una capacidad individual, sino que “las condiciones objetivas determinan una situación (de ausencia de) control efectivo sobre el mundo” (Sánchez, 2002: 142); la capacidad de control sobre tu propia vida no está condicionada sino por tu estatus socioeconómico, tus condiciones materiales de existencia. La capacidad de control en un sistema en el que el paradigma de contratación laboral es la flexibilidad ha sido alienada al agente (de según que estrato social), hallándose en una situación de indeterminismo continuo.

Ya que la depresión conlleva la distorsión de los esquemas cognitivos de los agentes con depresión, es pertinente entender la depresión como una deficiencia, puesto que conlleva “la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad, que se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones” (Rodríguez y Cano, 2015: 72). Entender la depresión como una deficiencia que puede dar lugar a una discapacidad es esencial en el abordaje que realizaremos en este trabajo, puesto que partimos de la premisa de que todos estos trastornos mentales generan una situación de incapacidad para la persona diagnosticada con ellos tanto en su día a día como en el ámbito productivo.

Vivimos en una sociedad en la que la esfera productiva es el eje vertebrador de la vida cotidiana, vinculándose ésta con los mecanismos de reconocimiento de lo “normativo” en una sociedad: “[la producción económica] necesita abundante mano de obra ‘capaz’, productiva, así como un volumen suficiente de consumidores solventes” (Ferreira, 2010: 55). El trabajo es la actividad fundamental de la vida capitalista, actividad a través de las cuales narramos nuestra identidad social, por lo que podemos establecer que aquellas personas cuya capacidad cognoscitiva se ve mermada tendrán problemas a la hora de producir, debido a una discapacidad social derivada de su deficiencia. Entendiendo el mercado laboral como un universo al que podemos denominar “campo social” (Bourdieu), aquellos agentes que partan con desventaja en el juego que ofrece el campo tendrán más difícil el acceso al capital en disputa. Esto no supone otra cosa que la conversión automática de la persona deprimida en una persona con una discapacidad de naturaleza cognitiva, debido a la dificultad de adaptación a las prácticas consideradas normales dentro de un contexto social determinado, lo que generará su aislamiento de la esfera productiva al no ser lo suficientemente eficientes, al no reunir las características que impone el campo de lo laboral.

Por tanto, la discapacidad no ha de ser entendida como un valor objetivo del orden dado de las cosas, sino como consecuencia “de las estructuras opresoras de un contexto social poco sensible a las auténticas necesidades de las personas con discapacidad” (Ferreira, 2008: 143). La sociedad es una estructura generadora de discapacidad; la discapacidad se define por el contexto, no se genera en un defecto fisiológico/mental individual, sino en un contexto que impone pautas y criterios que toman la norma de una parte de la población. El paso a la modernidad supone el punto de inflexión en el abordaje de los cuerpos, y en especial de los cuerpos que se alejen de lo que se impondrá como normativo. Antes de la implantación del Estado asistencial y sobre todo de la racionalidad científica, los métodos que se utilizaban para el tratamiento que se daba a las personas con discapacidad surgía del empirismo o de la magia (Rodríguez y Cano, 2015), o bien en algunas sociedades se les veía como una aberración contraria a la pureza y al perfección que perseguían (es el caso de la Grecia clásica), por lo que los asesinatos selectivos de niños con deficiencias quedaban justificados. Con la modernidad las sanciones a los desviados siguen, pero la justificación cambia; en este caso la justificación es de índole médica: “la definición y concepción de la discapacidad [...] se define bajo unos parámetros científicos [...] y todo lo que no siga la norma [...], es, por definición, ‘anormal’, y sobre ello hay que actuar” (Rodríguez y Cano, 2015: 28-29). La ciencia médica se sitúa en lo alto de la jerarquía de una sociedad en proceso de secularización, y se erige como un conocimiento con potencial de dominación: nace el modelo médico (o bio-médico) de la discapacidad. En este sentido, se puede aludir a la medicalización como un proceso histórico paralelo a la industrialización y al control social: en palabras de Foucault “la medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social” (en De Yzaguirre, 2014: 138). Desde esta lógica la medicina se constituye como un saber y una estrategia de control social mediante la construcción e imposición de una determinada normatividad en materia de cuerpos (un *saber-poder*).

En resumen, la medicina, como saber científico que se ocupa de los cuerpos, adquiere legitimidad para generar imágenes normativas de las corporalidades, de lo que es sano y lo que no, de lo que es deseable (en materia de cuerpos) y lo que no, en definitiva, de imponer una imagen normativa de cuerpo deseable y fin en sí mismo, convirtiendo todo lo que no se amolde al concepto de “cuerpo normativo” en poco saludable, indeseable y feo. La imagen promulgada no sólo atañe al campo del diagnóstico, sino que se impone una imagen de un cuerpo “sano, bello y bueno” que es socialmente deseable, el cual goza del mayor reconocimiento y otorga a su poseedor capital simbólico por el éxito asociado a éste, siendo el capital simbólico un “logro social supestatamente alcanzable a través del esfuerzo y del mérito individual” (Ferreira, 2010: 50), es decir, este cuerpo “sano, bello y bueno” es la viva imagen del logro personal.

Las imágenes proyectadas por los medios de personalidades como Cristiano Ronaldo nos muestran el nexo esencial entre cuerpo y éxito, pero el ejemplo paradigmático es el de Jane Fonda; en los anuncios de L’Oréal se nos presenta a esta actriz como ejemplo de cuerpo bello pese a la edad, un cuerpo que sigue joven y hermoso, por el que los años no han pasado. ¿Cuál es el secreto de la *eterna juventud* corporal de Jane Fonda? La respuesta es la misma que ha de aplicarse cualquier persona para tener un cuerpo socialmente reconocible; un culto al cuerpo y un trabajo constante de mantenimiento de su imagen óptima. Si no se ejerce un trabajo constante de optimización del cuerpo, el reconocimiento social adscrito a la corporeidad no se obtendrá, ya que “se le *deben* al cuerpo cuidado y atención, y que si se descuida esa obligación habría que sentirse culpable y avergonzado” (Bauman, 2003: 73). Mi cuerpo es mi santuario, mi carta de presentación, el marco de referencia desde el que se me leerá como individuo; si me desvío de la norma de cuerpo, mi cuerpo será asimilado a una “*enfermedad*, traducida en una desviación de la norma de *salud*” (Ferreira, 2010: 55) y yo seré leído como un fracasado en lo social, como una persona *enferma*. Yo soy el responsable de que esa situación no tenga lugar. La lectura en términos de capital simbólico del cuerpo deseable es extrapolable a la salud mental; se impone un modelo de agente autosuficiente, una persona hecha a sí misma, dueña de su vida con el control absoluto de sus acciones, decisiones y de las consecuencias del entorno.

Como la medicina genera una imagen inalcanzable para personas con deficiencias en lo bueno, lo sano, lo bello -lo deseable, aquello que te otorga reconocimiento en lo social- acaba por reafirmar la desviación construida socialmente de aquellos que recurren a ella para llegar a ser legibles (capaces de ser reconocidos en

tanto que adquieran la normalidad que se promueve). Las instituciones sanitarias promueven activamente este *ideal* de cuerpo, ofertando diferentes terapias y prácticas para solucionar toda imperfección. Éstas proporcionan ayuda a aquellos que deseen ser reconocibles, generándoles esperanzas ficticias de lo que pueden llegar a ser; las instituciones médicas “se convierten así en lugares que refuerzan la marginación y la exclusión, en vez de curar o readaptar, función para la que supuestamente se pensaban” (Rodríguez y Cano, 2015: 32).

Puesto que la discapacidad se construye sobre la base de las posibilidades que oferta una sociedad, un modelo contrapuesto al modelo antes citado ha irrumpido en la escena teórica, el cual cambia el foco de atención para no señalar a la persona con discapacidad, sino a las estructuras de opresión que le otorgan esa discapacidad. Con el *modelo social* se busca la puesta en práctica de mecanismos “hacia la igualdad efectiva de derechos y oportunidades de las personas con discapacidad, y hacia la articulación de las medidas necesarias para llevarla a cabo” (Rodríguez y Cano, 2015: 44). Este modelo busca la desestigmatización de la persona que padece una discapacidad a causa de un entorno al cual no puede adaptarse, buscando una mayor autonomía e independencia para éste a través de mecanismos y políticas que equiparen las oportunidades y capacidades de toda la sociedad. Se fomenta la capacidad propia del agente de adaptación a un entorno en principio hostil, generando una disonancia clara entre la consideración clínica que se tiene de él y sus capacidades en su funcionalidad práctica.

Este modelo encuentra dificultades para imponerse en una sociedad cuyas instituciones médicas siguen promoviendo prácticas paternalistas y positivistas respecto a la discapacidad. La discapacidad sigue siendo entendida como una enfermedad en estas instituciones, como son los centros psiquiátricos, al actuar con el agente-paciente mediante mecanismos que busquen su optimización, llegar a ese ideal de salud mental. No sólo eso, sino que la ciencia no ha cedido ningún paso en la jerarquía sobre cuerpos; la ciencia médica sigue siendo la institución principal en el tema de la discapacidad, siendo sus discursos los que siguen dando validez a las distintas prácticas. La persona con discapacidad puede negar las prácticas promovidas por las instituciones médicas, pero éstas gozan de tal legitimidad que acaban por imponer sus criterios -criterios, por otra parte, naturalizados en la sociedad, que forman parte del sustrato ideológico que plantean a sus miembros una situación continua de cuestionamientos en materia de salud que inconscientemente serán solucionados por un saber experto inmanente en todas las esferas de la sociedad. La estructura apoyada en un sustrato clínico-positivista impone entonces una férrea disciplina legitimada que “implica una subordinación sistemática, cotidiana y duradera a estándares derivados de clasificaciones, catalogaciones y prescripciones expertas” (Ferreira, 2010: 54).

El DSM nos vuelve a servir como ejemplo de disciplinamiento hacia el saber experto: para ser clasificado como una persona con un trastorno mental has de cumplir unos criterios catalogados previamente, y para el tratamiento clínico de este trastorno, con el fin de poder alcanzar un estatus de persona “normal” (no desviada) se han de seguir unas pautas dictadas bajo parámetros positivistas por el mismo DSM, que guiarán las instituciones médicas: “La aplicación de estas medidas sin duda será más fácil gracias a la tecnología digital; las escalas de medida se incluyen en la sección III para que sean evaluadas y desarrolladas” (DSM, 2013: 12). En estas instituciones al seguir imperando el modelo médico, se generan situaciones de desigualdad en base al poder de ambos factores de la ecuación (el experto médico se lee como un agente legítimo y necesario, mientras que al enfermo mental no se le reconoce tal legitimidad y ha de quedar supeditado a lo impuesto por el experto médico). Por tanto, aquel categorizado como enfermo mental, acaba por encarnar un rol social determinado que no le es adquirido en primera instancia por su propia identificación con la categoría, sino que se moldea gracias a la identificación que le da el Otro, en especial la identificación que se le da en las instituciones especializadas. La *etiqueta*, el diagnóstico dado a un paciente, acaba por no ser una mera categorización clínica, sino que se convierte en lo que Hacking denomina una *clase interactiva*:

Clasificaciones que, cuando son conocidas por las personas o por quienes están a su alrededor y usadas en instituciones, cambian las formas en que los individuos tienen experiencia de sí mismos; puede llevar a que los sentimientos y conducta de las personas evolucionen, en parte, por ser clasificadas así (2001: 174-175)

La clasificación tienen un *efecto bucle* para la persona que está categorizada en ella: es diagnosticado como persona con trastorno de depresión mayor, y la categoría se le acopla, haciendo que las personas de su entorno comiencen a tratarle como una persona con depresión, lo que al final acaba haciendo que el categorizado se adapte al rol que se espera de él y reafirme los síntomas del trastorno; somos testigos de una desviación secundaria (Lemert), un proceso en el que “la imagen estereotipada es aceptada, interiorizada por el individuo como guía de conducta” (Sánchez, 2002: 28). El rol aceptado no proviene únicamente de su deficiencia emocional, sino que ha sido construido por la categorización y definición de la etiqueta que la sociedad le ha dado, además de por su enfrentamiento ante unas estructuras hostiles en las que “la práctica diaria [del desviado] refuerza la discriminación social asociada a su condición” (Ferreira, 2008: 156), reforzando esa desviación secundaria¹.

Atendiendo a las formas en que se genera esta desviación (nacida en lo social, no lo olvidemos) podemos observar como en un entorno en el que las estructuras se rigen por la productividad, se restringen las posibilidades y las capacidades de las personas con discapacidad, no sólo por su menor capacidad de adaptación a un entorno social que tiene en cuenta únicamente las necesidades y capacidades de un determinado tipo de cuerpo, sino también a causa de la discriminación y el prejuicio que conlleva la categoría. Las personas a las que se les diagnostica una discapacidad son personas que se alejan de la norma, ser productivo, “son un estorbo, un obstáculo para el sistema, son un excedente prescindible que debe ser apartado de los circuitos principales de una vida social que comienza a pasar necesariamente por la implicación con la producción industrial” (Ferreira, 2010: 55). Aquellos con discapacidad asociada a un trastorno mental son entonces apartados de la esfera productiva, eje vertebrador de la vida social, por lo que su posición en el segmento de personas no trabajadoras puede derivar en un empeoramiento de su salud mental; recordemos que el factor ambiental fundamental en el bienestar mental es la capacidad de control sobre la vida propia.

Debido a la importancia del mercado de trabajo en la narración de la identidad, y en la adquisición de esa capacidad de control (alienada por un modelo laboral neoliberal), hemos de tener en cuenta los diferentes factores estructurales. Como se ha señalado, la propia estructura al no tener en cuenta las necesidades y características de ciertos sectores de la población es en sí generadora de discapacidad, pero también la posición social o el estatus socioeconómico son de especial relevancia a la hora de abordar los trastornos mentales. Al tener en cuenta esto, hablaríamos de un modelo en el cual “los procesos sociales pueden producir condiciones que incrementan la vulnerabilidad de las personas ante el deterioro psicológico” (Sánchez, 2002: 131), un modelo de *causación social*, en el cual se explicaría que la depresión tendría una causa relacionada con lo estructural, a partir de una caída en la jerarquía social causada por esa pérdida de la que hemos dado cuenta en este apartado. De esta manera, se puede afirmar que si la causa de la depresión es debida a procesos estructurales que afectan al agente -no por nada entendemos la depresión como una discapacidad que nace en lo social- aquellos agentes situados en posiciones más bajas de la estructura serán más propensos a sufrir malestar mental.

Esta dinámica no acaba ahí, sino que genera procesos que afectan de manera constante a la salud mental del agente que ha padecido un cambio en su posición jerárquica: si tengo una discapacidad asociada a un trastorno mental me vuelvo improductivo y soy expulsado de la esfera productiva, por lo que no percibo nin-

¹ Estos roles nacen de una necesidad de la sociedad de explicación de la otredad. Cumplen por tanto una función de tranquilizador social, al otorgarse a categorías difícilmente asimilables a los individuos, como es el caso de los trastornos mentales (no observables): “Al poner nombre a este tipo de actos nos quedamos más tranquilos porque «ya sabemos lo que es», pero no es tan frecuente como para pasar a ser otra simple etiqueta más” (Cano Esteban, 2012: 169).

guna retribución que me genere una riqueza con la que pueda ejercer mi papel de consumidor, así que mi posición en la jerarquía social bajará considerablemente. Si aceptamos esta hipótesis, es necesario dar cuenta de la manera en que está conformada la estructura económica en la que nos hayamos inscrito, para, atendiendo al modelo socio-económico (según las redes de seguridad que ofrezca, o la estabilidad laboral que promueva) observar si estas propician la adquisición del control por parte del agente de su propia vida, o si este modelo, por norma general, aliena al trabajador del control de su vida y así sigue generando discapacidades asociadas a estos trastornos mentales.

Sociedad flexible: factores psicosociales y estructurales de la depresión

Como hemos visto y veremos a lo largo de esta propuesta, el proyecto postmoderno encuentra buena parte de sus bases en la progresiva tendencia a la subjetivación y a la autonomización del individuo, que produce una psicologización al explicar todo el comportamiento humano en términos individuales, ignorando lo social y lo estructural. (Crespo y Serrano en Rodríguez, 2016). Además, otro fenómeno perverso que tiene lugar en la postmodernidad es que la atribución de causalidad se vincula a la atribución de responsabilidades, de forma que se considera la acción como intencional. Lo que esto genera según Crespo y Serrano (en Rodríguez, 2016: 276) es que

en determinadas situaciones padecidas por las personas, fundamentalmente precariedad y exclusión social, son transformadas discursivamente, por medio de un disciplinamiento moral, en situaciones de las que se hace responsable al propio sujeto. De este modo, se puede responsabilizar de aquello de lo que uno no puede hacerse cargo (por ejemplo, del mantenimiento del puesto de trabajo), llegándose a un tipo de discurso paradójico, donde se afirma lo que, a la vez, se niega: se afirma la autonomía y agencia del sujeto moderno, a la vez que se niega su capacidad de hacerse cargo de la situación que padece

Por otro lado, Crespo y Serrano (en Rodríguez, 2016) señalan que se dio un paso desde el disciplinamiento mediante la coerción y la violencia física hacia una intensificación del disciplinamiento moral psicológico, de manera que se ha logrado una intensificación también del auto-control moral. Desde esta lógica, el nuevo orden basa su disciplinamiento en el discurso de los recursos en general, particularmente la gestión de los "recursos humanos" que amalgama ese imaginario de "las actitudes, la gestión emocional, las habilidades sociales", como elementos de la propia cualificación laboral (Crespo y Serrano en Rodríguez, 2016). Todo esto encuentra su máxima cristalización en lo que llamamos *discurso del management*.

En este punto, podemos rescatar lo que plantea Luis Enrique Alonso (1999) acerca del tránsito desde el modelo keynesiano de bienestar en el cual el trabajo suponía una forma de hacer efectiva la ciudadanía, donde había ciertas seguridades y garantías, además de que el trabajo era una fuente crucial de identidad hacia un modelo *flexible* que supone la fragmentación de la identidad y cultura laborales. De esa manera, el trabajo deja de suponer un espacio en el cual la negociación y la cooperación eran a la vez la forma y la base de las relaciones sociales. Como veremos a continuación, este paradigma de la *flexibilidad* genera una ruptura de la identidad del trabajo con importantes repercusiones en la identidad personal de aquellos que son sometidos a dicho paradigma.

La flexibilidad es una cualidad de los objetos que establece que éstos sean capaces de ser movidos y poder recuperar su forma originaria; sin embargo, en la actualidad la flexibilidad es vista desde otro prisma, observando la flexibilidad como fenómeno, no como cualidad, en el que la última parte de su definición pierde vigencia. Si hoy en día "las prácticas de la flexibilidad se centran principalmente en las fuerzas que doblegan a la gente" (Sennet, 2000: 47), entendemos que la flexibilidad propia del neoliberalismo lleva aparejada una pérdida grande en términos cuantitativos y cualitativos de la capacidad de agencia del que la padece, de su capacidad de retornar a su estado original. En un paradigma de flexibilidad laboral, el cual además se

presenta como algo deseable, los trabajadores sólo actúan según los designios de los empleadores, moviéndose de una empresa a otra no por su voluntad en última instancia, sino por la voluntad de un tejido empresarial que promueve una formación continua de los trabajadores.

La flexibilidad aparece como una de las máximas de la economía neoliberal; se pretende “reinventar las instituciones de manera decisiva e irrevocable, de modo que el presente se vuelva discontinuo del pasado” (Sennett, 2000: 49). Esta ruptura con el pasado, además de ser de por sí contradictoria con la propia definición original de flexibilidad, supone una alteración de la capacidad de narración de vida de los agentes. Nos encontramos en un sistema en el que la narración de la identidad de los agentes pierde el carácter cuasilíneo que tenía en los tiempos en los que el trabajo era para toda la vida. Con la supresión de la capacidad del objeto de retornar a su estado original, la flexibilidad nos invita a que “nos imaginemos que estar abiertos al cambio, ser adaptables, son cualidades del carácter que se necesitan para una acción libre” (Sennett 2000: 48). Por lo tanto el ideal de agente actual es poder ser libre, sin ataduras laborales, capaz de cambiar de trabajo a su antojo: “Viajar liviano, en vez de aferrarse a cosas consideradas confiables y sólidas - por su gran peso, solidez e irreflexible capacidad de resistencia-, es ahora el mayor bien y símbolo de poder” (Bauman, 2003: 19). Hemos de estar en continuo movimiento, sin mirar atrás con el fin de lograr realizarnos a nosotros mismos, de narrar nuestra vida con la única ayuda de nuestras propias capacidades.

Como consecuencia de la flexibilidad, acabamos incorporando el riesgo en nuestras vidas, el riesgo como algo deseable, un elemento con el que podemos probar que somos individuos autosuficientes. Sin embargo, la flexibilidad nos ha eliminado esa capacidad de agencia traducida en el control sobre nuestras vidas; hemos perdido nuestra capacidad de generar una identidad fuerte, moviéndonos de un trabajo a otro, con el fin de reapropiarnos del control de nosotros mismos; además, hemos de lograr esta tarea por nuestras propias capacidades, sin buscar apoyo, un apoyo que por otra parte está viéndose gradualmente desaparecido: “La erosión de las referencias del Yo es la réplica exacta de la disolución que conocen hoy las identidades y papeles sociales” (Lipovetsky: 2008: 59). Por consiguiente, esta tarea no puede lograrse de manera individual puesto que “[l]a capacidad autoafirmativa de los hombres y mujeres individualizados en general no alcanza los requerimientos de una genuina autoconstitución” (Bauman, 2003: 40). Si nos enfrentamos solos contra una tarea de tal magnitud como es la de la generación de una identidad sin mayor referente que nosotros mismos, es muy probable que fracasemos, reafirmando la pérdida de control sobre nuestras vidas, lo que supondría la aparición de ese estresor unido a la falta de apoyo social que favorecería la depresión.

Actualmente, lo que cobra especial relevancia en el panorama del mundo laboral y que es impulsado por las instituciones europeas es el discurso de la *flexiguridad*, “una nueva estrategia política para la gestión del empleo y la seguridad social, según una paradójica combinación de seguridad y flexibilidad, que remite, en último término, al deber moral del trabajador de participar en la autorregulación de su “propia” vida” (Crespo y Serrano en Rodríguez, 2016: 280).

La *flexiguridad* aparece como un intento de reconciliar lo irreconciliable, el núcleo semántico de flex-ibilidad marca al de se-gur-idad y la flex-ibilidad se entiende como la necesidad de una mejor y “mayor capacidad de adaptación del mercado de trabajo a las demandas de la coyuntura económica (Crespo y Serrano en Rodríguez: 280-281). Así la regulación política del empleo y del contrato laboral que siempre ha girado en torno a la protección de los derechos de los trabajadores por parte del Estado, pasa a ser lo contrario, causa y motivo de su vulnerabilidad. La *seguridad* aparece como el contrapunto de la flexibilidad cuando no es más que un concepto psicologizado, que ha transitado desde ser un derecho social hasta integrarse en una nueva idea de agencia, vinculada con la empleabilidad personal (Crespo y Serrano en Rodríguez, 2016). Así, Crespo y Serrano dicen lo siguiente:

Este desplazamiento semántico de la noción de seguridad, desde las condiciones externas de seguridad, al aseguramiento individual, es emblemático de la nueva cultura del trabajo, que tiene como pilares fundamentales la lucha contra la dependencia, el logro de la autonomía y la promoción de la responsabilidad individual. A la sombra de esta concepción de la dependencia, entendida como patología de la voluntad, y

A la sombra de esta concepción de la dependencia, entendida como patología de la voluntad, y convertida en problema público, se adoptan técnicas de intervención, dirigidos a la prevención, orientadas a la promoción del gobierno de uno mismo [...] (2016: 282)

Así, lo que pretenden todas estas estrategias relaciones y articuladas bajo el discurso de la *flexiguridad* es el fomento de la responsabilidad personal individual, o lo que es lo mismo, es el logro de la asunción de los trabajadores de los problemas estructurales como si fueran individuales. Esto es posible por medio de la psicologización del trabajo como hemos dicho ya que lo que se consigue es que los problemas políticos, sociales y económicos de corte coyuntural o estructural se asuman como propios, en tanto todos ejercemos el gobierno de nuestra voluntad y de nuestra gestión y decisiones erróneas resultan las catástrofes de dicha índole.

En este sentido podemos plantear la pérdida de vínculos estables como consecuencia de esta ideología hiperindividualizadora. Si la flexibilidad en términos generales -en el marco de la asunción del riesgo como carácter deseable de la vida laboral de uno mismo- es la cara de la moneda del posmodernismo referente a la esfera productiva, la hipertrofia del Yo y la pérdida de cualquier referente es la cara de lo social. En lo que Lipovetsky denomina "la sociedad *narcisista*", el agente ha de buscar una manera de autoafirmar su independencia sin precisar de ayuda de nadie más que de si mismo. "Al activar el desarrollo de ambiciones desmesuradas y al hacer imposible su realización, la sociedad narcisista favorece la denigración y el desprecio de uno mismo" (Lipovetsky, 2008: 73). Sin embargo, estamos al corriente de la dificultad de realizar esta tarea sin el apoyo social que se necesitaba antes. Es por esto que, en un ejercicio de reafirmación de las individualidades, nos enfrentamos a este mundo buscando lo mejor para nosotros, por lo que atendemos a las situaciones y las acciones de los demás *por si encontramos algo que pueda servirnos*. No es que no estemos abandonados a nuestra suerte, sino que el resto de agentes también sufre esta situación de separación de lo social, por lo que pueden servirnos como un apoyo social mucho más lábil.

Los nuevos "apoyos" de los que disponemos no actúan como referentes propios, sino que atendemos únicamente a sus acciones; seguimos estando solos contra el mundo, y nosotros mismos somos nuestro único punto de referencia y los únicos responsable de la buena y la mala elección, de tomar el buen o el mal camino, siendo la posible reproducción de un ejemplo de ese Otro tarea y decisión nuestra, "cargando [nosotros mismos] con toda la responsabilidad de haber confiado en ese ejemplo y no en otro" (Bauman, 2003: 35). Así, en el campo de los diagnosticados con algún trastorno mental, se busca algún ejemplo de superviviente a esta experiencia. Ejemplos de famosos como David Bowie desintoxicándose en Berlín y superando un episodio de depresión grave, o Pedro García Aguado ayudando a adolescentes problemáticos con la legitimidad que le aporta haber conseguido superar diversas adicciones, suponen para la persona con depresión ese ideal a alcanzar. En este caso, el ideal puede ser alcanzado a través de una actividad, gracias a la cual puedas cumplir con la necesidad de autorrealización -es el caso de las terapias alternativas, como la canalización del estrés a través de actividades artísticas o del deporte, actividades en crecimiento por la necesidad de autorrealización en un mundo sin apoyos sociales: "[t]odo el mundo en mayor o menor grado expresa una voluntad de expresión artística" (Lipovetsky, 2008: 125)-, pero en un sistema del "aquí" y del "ahora", en el que aquellos que se salen de la norma han de adaptarse a lo exigido por el contexto (la capacidad laboral, en suma), las terapias *cool* o alternativas no tienen cabida. El sistema necesita la adaptación de los desviados con el menor corte posible, tanto en tiempo como en dinero, lo que impulsa -y legitima- la disciplina impuesta por el modelo médico, la medicalización de la salud mental². La depresión tal y

2 Creemos necesario apuntar de manera breve la existencia del colectivo *Hearing Voices*, un grupo formado por gente que escucha voces o siente visiones que para los psiquiatras quedan categorizados como "alucinaciones auditivas". En este colectivo se plantean terapias alternativas al modelo médico de medicalización, al considerar que "para algunos, esas experiencias son reconfortantes" (*Hearing Voices*, traducción propia). Lo interesante es el modelo de "recupera-

como hemos visto ha sido y es estudiada desde múltiples perspectivas y analizada a través de múltiples factores. Pero lo que a priori puede definirse como una patología psicológica relacionada únicamente con factores individuales, podría tener una razón estructural de influencia en el devenir de la situación psíquica y emocional.

La estructura y la ideología neoliberal suponen la expansión de múltiples formas de organización social y personal a través de la difusión de unos ideales que se corresponden con la aparición de una dinámica social de cambio veloz y constante. Un cambio veloz y constante que disminuye las expectativas del futuro por la gran abundancia de expectativas de presente. La creación de una sociedad individual y la aparición de nuevas formas de dominación ya no basadas en un elemento autoritario externo, sino un elemento interno de exigencia normativa de manera libre, transforman al individuo en un gestor de sí mismo.

Factores estructurales que podrían influir en la definición propia de uno mismo y en la aparición de nuevas formas y ritmos de vida, en los cuales podríamos encontrar una respuesta al por qué el S XXI es el siglo de las patologías psicológicas, poniendo énfasis en la depresión como patología central de nuestra época.

Exceso de positividad: la estrategia neoliberal de rendimiento y dominación

“Muévete, renuévate, adáptate o muere en el intento, pero hazlo”, la lógica neoliberal de la flexibilidad y el cambio constantes son ya hoy en nuestros días dos postulados totalmente aceptados y asimilados por todos como una máxima real necesaria y asimilable.

Tal y como se demuestra en las estrategias de optimización actual del rendimiento económico llevadas a cabo en esta nueva forma “mutada” del capitalismo al que denominamos neoliberalismo, el elemento central de importancia ya no se centra en lo biológico, en lo corporal, o lo somático; no se centra ya en la optimización y en la mejora de las condiciones materiales y físicas del capital que supondrían una mejora del rendimiento. El neoliberalismo actual ha descubierto la psique como fuerza productiva*. (Chul Han, 2014 b: 42).

Este giro a la psique, a la orientación de las capacidades y cualidades psíquicas amoldadas a la reproducción del sistema podría tener algo que ver con que el SXXI sea (desde un punto de vista patológico) la época del reinado de todas aquellas patologías neuronales, como son la depresión, el TDAH (trastorno de déficit de atención por hiperactividad), o el trastorno de límite de personalidad, entre otras. Pero si analizamos detenidamente estas patologías comparándolas con aquellas de las épocas pasadas, derivadas de infecciones o enfermedades causadas por un “*otro inmunológico*” (como puede ser una bacteria, un virus, etc), podemos ver como estas patologías tal y como sostiene el filósofo Byung-Chul Han en su ensayo “La sociedad del cansancio” no devienen de “la negatividad del otro inmunológico, sino por un “exceso de positividad” (Chul Han, 2015 a : 11).

El sistema inmunológico funciona como un sistema de defensa hacia lo extraño, es a lo que se refiere el concepto de *otro inmunológico*, dicho aparato defensivo de nuestro organismo actúa produciendo anticuerpos y defensas para repeler una infección bacteriana o una proliferación viral que provoque una enfermedad o a una sintomatología determinada. Pero estas patologías mentales no corresponden a una “violencia física” producida por una bacteria o un virus extraño, son patologías derivadas de nosotros mismos, por lo que lo extraño desaparece y el sistema inmunológico no actúa ya que no identifica el agente externo invasor, la violencia física desaparece pero surge la *violencia neuronal*.

ción” propuesto por la organización, al considerar la recuperación como “vivir la vida que uno escoge, no la vida que otros escogen para ti” (Hearing Voices, traducción propia)

En la sociedad en la que vivimos, todos aquellos conceptos y mecánicas de comportamiento fomentados por la lógica neoliberal, todas estas formas de optimización personal y optimización psíquica son asimilados de forma aceptada y voluntaria; y aun así estos procesos podrían verse como punto de partida para la proliferación de estas patologías psicológicas. Al igual que ocurre con el cáncer, donde las células cancerígenas se reproducen y proliferan dentro del cuerpo en proceso de metástasis debido a la imposibilidad de detección de estas por el sistema inmunológico de nuestro cuerpo como un elemento extraño (proceso por el cual el cáncer no es atacado por las defensas corporales y se expande). Todas aquellas premisas del neoliberalismo actual del deber de la optimización personal, del rendimiento, la adaptabilidad y la flexibilidad son asimiladas y normalizadas; por lo tanto no son vistas de una forma negativa, no dan la alarma y por ello se reproducen dentro de nosotros de forma “naturalizada” (y digo naturalizada ya que no son naturales, tan solo se aceptan como tal).

Es a esto a lo que el filósofo germano-coreano se refiere con *exceso de positividad*, todas estas fórmulas de optimización personal derivadas de las teorías liberales del capital humano son asimiladas y reproducidas socialmente, no son vistas desde una mirada crítica. Son aceptadas desde una visión positiva que las toma como algo propio, como algo idéntico a nosotros, por lo tanto no deviene una respuesta inmunológica de repulsa hacia esas premisas.

Aceptar los mecanismos de optimización del yo neoliberales como algo idéntico e inherente a nosotros mismos supone un tipo de violencia distinto, pero que no deja de ser la fuente de problemas psicológicos y emocionales. Esta forma de violencia, la *violencia neuronal*, ya era vista por autores como J. Baudrillard como una forma novedosa de violencia sistémica sinuosa pero efectiva:

Se opone una forma propiamente contemporánea de violencia, más sutil que la de la agresión: es la violencia de la disuasión, de la pacificación, de la neutralización, del control, la violencia suave del exterminio. Violencia terapéutica, genética, comunicacional: violencia del consenso (...). Esta violencia es vírica, en el sentido de que no opera frontalmente sino por contigüidad, por contagio, por reacción en cadena y desde el primer momento atenta contra todo nuestro sistema inmunológico. En el sentido también de que – a diferencia de la violencia negativa, violencia clásica de lo negativo- esta violencia-virulencia opera por exceso de positividad, esto es, por analogía con las células cancerígenas, por proliferación indefinida, por excrecencias y metástasis. (Círculo de Bellas Artes en Chul Han, 2015 a: 20).

Ya no nos encontramos en un sistema disciplinario, donde la norma viene dada desde un *otro externo* como podría ser la religión o la acción de un Estado o de la propia empresa, ya no existe el capataz con el látigo ni la premisa del castigo divino. La lógica del rendimiento autoimpuesto y la asimilación positiva de las “normas sociales aceptadas” ha superado el planteamiento que proponía Foucault en su teoría sobre la *Biopolítica*; el cuerpo como fuerza productiva tampoco es ya visto como elemento central tal y como se describe en una *sociedad disciplinaria*. Para la mejora de la producción y reproducción del sistema ya no es necesario del todo superar barreras físicas o resistencias corporales, la vanguardia de la mejora del rendimiento es ahora la *optimización mental*. Chul Han da un paso más allá del análisis de la *sociedad disciplinaria* de Foucault indicando que la explotación ya no deriva exclusivamente de un ente de poder externo, sino de nosotros mismos.

La técnica de poder del régimen neoliberal constituye la realidad no vista por el análisis foucaultiano del poder. Foucault no ve ni que el régimen neoliberal de dominación acapara totalmente la tecnología del yo ni que la permanente optimización propia, en cuanto técnica del yo neoliberal, no es otra cosa que una eficiente forma de dominación y explotación. El sujeto del rendimiento neoliberal, ese <<empresario de sí mismo>> se explota de forma voluntaria y apasionada. (Chul Han, 2015 a: 45-46)

El autor da pie así a la definición de la sociedad actual como aquella en la que impera la *Psicopolítica liberal*, aquella forma refinada de control que convierte al hombre en objeto de explotación a través del imperativo neoliberal de optimización personal que sirve para el mantenimiento y reproducción del propio sistema; el proceso de cambio o transformación de una *Sociedad disciplinaria* a una *sociedad del rendimiento*. Este deber

imperativo por la optimización personal, por la obligación autoinfligida de invertir en el propio *capital humano* se muestra como la *autoexplotación total*. (Chul Han , 2014 b).

El individuo empresario de sí mismo: individuo asediado por sí mismo

La depresión inicia su éxito desde el momento en que el modelo disciplinario de gestión de las conductas, las reglas de autoridad y de conformidad respecto de las prohibiciones que asignan a las clases sociales, como a los dos sexos, un destino, ha cedido ante las normas que incitan a cada uno a la iniciativa individual, impulsándolo a convertirse en uno mismo. Consecuencia de esta nueva normatividad, la responsabilidad entera de nuestras vidas se aloja no solamente en cada uno de nosotros, sino también en la misma medida, en el nosotros colectivo (...). Esta manera de ser se presenta como una enfermedad de la responsabilidad, en la cual domina el sentimiento de insuficiencia. El deprimido no está a la altura, está cansado de haberse convertido en sí mismo. (A. Ehrenberg, 2000: 12)

Comienzo este apartado con un extracto del análisis sobre la depresión que realiza Alain Ehrenberg (*La fatiga de ser uno mismo. Depresión y Sociedad*) el cual utiliza la relación de aquellas lógicas liberales de individualismo y de la realización personal entendida como inversión en capital humano con el sentimiento de impotencia, frustración y responsabilidad únicamente propia y personal. Ya que son estos sentimientos los mayoritariamente presentes en aquellas razones o explicaciones de la depresión que se dan en las personas con depresivas, podemos observar la relación que puede existir entre la proliferación de la depresión y otras patologías psicológicas en las sociedades capitalistas donde la lógica neoliberal se ha expandido y ha sido asimilada por la mayor parte de la población.

Lógica neoliberal apoyada por conceptos como el de libertad individual, capital humano o la persona entendida como *empresario de sí mismo*; que conllevan al énfasis personal por el rendimiento y por alcanzar unas metas de realización personal marcadas de forma individual, pero que a la vez se fijan en referentes normativos aceptados de manera mayoritaria (como pueden ser referentes el modo de vida lujosa consumista, o la imagen del empresario exitoso hecho a sí mismo, etc). El impulso del individualismo, la creación de una sociedad individual supone que todos deben ser individuos; pero tal y como señala Z. Bauman en su acercamiento a esta figura del "*Individuo asediado*", si la premisa social es que todas las personas lo sean, *entonces los miembros de esta sociedad son cualquier cosa menos individuales*. Esta creación paradójica de la "masa individual" crea *individuos* pero que para serlo deben seguir la misma *estrategia vital y utilizar señas compartidas*. *Esta individualidad está relacionada con el "espíritu de la masa"* (Z. Bauman, 2006: 28).

El sistema neoliberal funciona a través de estas paradojas e ilusiones, que nos lanzan a una carrera de manera positiva enseñándonos unas metas alcanzables y posibles debido a la libertad otorgada; libertad de acción y creación "infinita" de posibilidades pero sin una guía definida sobre las características y elementos existentes e influyentes en la realización de todas aquellas posibilidades de vida y de realización personal. El individuo está así perdido ante todas aquellas sendas y caminos de elección posibles, pero con la creencia de su independencia y capacidad de acción y elección individual. Entonces, ¿hasta qué punto podríamos señalar que la depresión puede ser una patología devenida de esta "libertad" y abundancia de ofertas crecientes de referentes?

El individuo deprimido es aquel que se culpa, aquel que se castiga por su falta de responsabilidad ante la construcción de sí mismo; ya que la responsabilidad de la inversión en su capital humano, su capacidad de gestión individual ha sido insuficiente para llegar a las metas referentes a alcanzar. El individuo entra en conflicto consigo mismo, se plantea por qué no es capaz de llegar a lo que él se ha propuesto en un entorno que aparentemente otorga toda libertad para la inversión en sí mismo; aún en su camino hacia esa meta, el rendimiento al que se somete de forma personal y voluntaria fomenta la creación de un individuo cansado por

la vida, por el simple hecho de vivir. Un cansancio vital que deviene en estrés, ansiedad y todo tipo de patologías psicológicas por el hecho de imponerse una línea a seguir, la cual se plantea como autónoma, marcada de forma individual y por tanto exigida por la creación del yo.

Pero los caminos elegidos a seguir para la consecución de la optimización personal no se valoran como modelos sociales externos, no se analizan de forma negativa y crítica como referentes creados por la sociedad ni por “la masa individual”. El fracaso tan solo se analiza desde una visión propia de culpabilidad interna, los factores externos no se tienen en cuenta en el mundo ilusorio de la libertad y la abundancia de posibilidades. Tú eres *empresario de ti mismo* y por tanto el único responsable, bajo esta lógica positiva no cabe el análisis de las características estructurales ni las barreras del propio sistema para todas aquellas posibilidades que se presentan. Por lo que la carga recae en uno mismo y en nadie más, la culpabilidad y la responsabilidad derivan en la *Sociedad del rendimiento*, que por el simple hecho del deber de optimización personal y de individualización de la responsabilidad, deriva en una sociedad de individuos cansados, agotados, es a lo que Byun-Chul Han denomina: *La Sociedad del cansancio*, aquella donde la depresión se desarrolla por exceso de positivismo y libertad (o al menos la creencia de libertad absoluta) (Chul Han, 2014 a).

Autorrendimiento: ritmos de vida y cansancio vital

La depresión por tanto no solo responde a la fatiga de ser uno mismo, sino al ritmo de rendimiento autoexigido, al planteamiento del *deber ser* o *llegar a ser* a través del rendimiento máximo y la optimización personal, la cual deriva en trabajar de forma eficiente y conseguir todas aquellas metas marcadas. El *individuo soberano* del que habla Nietzsche* por ejemplo, el cual puede asemejarse al individuo planteado por Ehrenberg, no se da en su totalidad, el individuo se cree soberano de sí mismo, un individuo; pero en realidad pertenece a una realidad de masa, la masa paradójica, una “masa de individuos” cansados. (Nietzsche en Chul Han, 2015 a: 30)

El hombre depresivo es aquel animal laborans que se explota a sí mismo, a saber: voluntariamente, sin coacción externa. Él es, al mismo tiempo, verdugo y víctima. El sí mismo en sentido empático es todavía una categoría inmunológica. La depresión se sustrae, sin embargo, de todo sistema inmunológico y se desata en el momento en el que el sujeto de rendimiento ya no puede poder más. Al principio, la depresión consiste en un <<cansancio del crear y del poder hacer>>. El lamento del individuo depresivo, <<Nada es posible>>, solamente puede manifestarse dentro de una sociedad que cree que <<Nada es imposible>>. No-poder-poder más conduce a un destructivo reproche de sí mismo y a la autoagresión. El sujeto de rendimiento se encuentra en guerra consigo mismo y el depresivo es el inválido de esta guerra interiorizada.”(Chul Han, 2014 a: 30-31).

Este panorama es el entorno de una sociedad que lleva una guerra contra sí misma, una sociedad de individuos que utilizan su “libertad” para autoexplotarse y culparse libremente a ellos mismos. Utilizan la libertad como libertad para elegir el modo de optimización personal que les plazca, sin atender a un razonamiento negativista y crítico del por qué hacen lo que hacen, o de plantear si esas metas que toman de referente son realmente alcanzables, o si en el transcurso de la carrera diaria que realizan no se están matando lentamente sometándose a unos ritmos de vida estresantes y acelerados.

En una sociedad de ritmos de vida acelerados, de grandes cambios en poco tiempo, de necesidad de adaptabilidad y continua reinención fundamentada por la lógica neoliberal de la inversión propia en capital humano; surgen ritmos de vida sometidos a la celeridad y a la multitarea de manera aceptada, positiva. Este exceso de positividad se transforma en un exceso de estímulos, informaciones e impulsos los cuales exigen una transformación completa de nuestros sistemas de atención y de administración de nuestro propio tiempo (Chul Han, 2015 a: 33).

Surge en nuestras técnicas de administración de la atención y el tiempo una técnica de “multiatención” o *multitasking* que se basa en una atención dividida en múltiples tareas y múltiples factores de nuestra vida y nuestro entorno. En una sociedad donde la autoexigencia lleva a las personas a tener que realizar multitud de actividades y dirigir su atención a diversos factores de la vida diaria, la atención centrada en nosotros mismos y en la estructura desaparece o se difumina entre todos aquellos “centros de atención” relacionados con la agenda multitarea que supone el planeamiento de la propia vida vinculada al trabajo, la gestión familiar y la adquisición de capital humano o de otros tipos de capital.

Esta faceta del tener que centrarse en mil cosas de nuestra vida y nuestro entorno debido a la gran exigencia que supone un ritmo de cambio y de inestabilidad en la propia sociedad, hace que el sujeto de rendimiento se olvide de centrar su atención en sí mismo, en las razones que le hacen llevar ese ritmo de vida o en los problemas de autodefinición del yo que surgen en un sistema donde la identidad personal entra en crisis. Esta *hiperatención* es una atención dispersa que se basa en un cambio acelerado de objeto de atención entre diferentes tareas y fuentes de información y estímulos, la cual impide una observación y una mirada crítica, o unidireccional, la cual no puede centrarse en las verdaderas cuestiones que asedian al *individuo de rendimiento* (Chul Han, 2015 a: 35).

El autor germano-coreano hace una referencia a la vida salvaje, la vida del animal para poner un ejemplo de cómo este proceso de *multitasking* está mucho más cercano a un comportamiento instintivo de supervivencia, que a un planteamiento racional de la observación y la atención:

En efecto, el *multitasking* está ampliamente extendido entre los animales salvajes. Es una técnica de atención imprescindible para la supervivencia en la selva. Un animal ocupado en alimentarse ha de dedicarse, a la vez, a otras tareas. Por ejemplo, ha de mantener a sus enemigos lejos del botín. Debe tener cuidado constantemente de no ser devorado a su vez mientras se alimenta. Al mismo tiempo, tiene que vigilar a su descendencia y no perder de vista a sus parejas sexuales. El animal salvaje está obligado a distribuir su atención en diversas actividades. De este modo, no se halla capacitado para una inmersión contemplativa (...). No puede sumergirse de manera contemplativa en lo que tiene enfrente porque al mismo tiempo ha de ocuparse del trasfondo. (...) Los recientes desarrollos sociales y el cambio de estructura de la atención provocan que la sociedad humana se acerque más al salvajismo. (Chul Han, 2015 a: 34)

El autor sostiene que los mayores logros culturales de la humanidad se realizaron a través de la observación atenta y profunda, y que esta es crucial para conocer de modo pleno y no parcial como se consigue con una atención dividida. El autor germano-coreano utiliza una premisa de Walter Benjamin donde expresa que el ritmo alterado y sin sosiego tan solo nos distrae de lo verdaderamente importante y reproduce lo ya existente, pero no es una actitud innovadora:

“Según él, si el sueño constituye el punto máximo de la relajación corporal, el aburrimiento profundo corresponde al punto álgido de la relajación espiritual. La pura agitación no genera nada nuevo. Reproduce lo ya existente”. (Chul Han, 2015 a: 35).

La sociedad del rendimiento y el *multitasking* se presenta así como una sociedad de individuos agobiados y estresados por la cantidad de tareas y estímulos del entorno a los que deben de prestar toda su atención. El individuo entretenido y centrado en los quehaceres que se ha impuesto a él mismo no es capaz de ver más allá de lo que está haciendo, no es capaz de dirigir una mirada hacia sí mismo desde una posición reflexiva. La adaptación a la gran velocidad de los acontecimientos y de los grandes cambios provocan una pérdida de referencia, abandonados al flujo de los deberes que uno se impone para llevar dicho ritmo de vida acelerado y sin freno.

En esta sociedad donde la premisa es la flexibilidad y la renovación continuas, la capacidad individual de adaptación al medio es crucial, y por tanto solo aquellos que están atentos a los cambios y dispuestos a exigirse el máximo rendimiento aún por encima de su salud física y mental son los que sobreviven. Y este

rendimiento continuo y acelerado por la optimización personal a fin de conseguir un capital humano óptimo para la consecución de un fin determinado, una posición elevada en la jerarquía social, se realiza de manera “libre”, pero esta libertad es una libertad paradójica, al igual que las ideas o imágenes de felicidad a las que pertenecen esas metas marcadas como referentes.

Gilles Lipovetsky ya hacía mención a este carácter paradójico tanto de la felicidad como de la libertad en las sociedades de consumo, carácter paradójico el cual es protagonista en la lógica neoliberal que pinta un escenario idílico de posibilidades, pero que oculta las condiciones que se presentan en el escenario de juego:

He aquí la paradoja mayor: las satisfacciones que se viven son más numerosas que nunca, la alegría de vivir no avanza, leáse retrocede; la felicidad parece siempre inaccesible, aunque, al menos en apariencia, disponemos de más ocasiones para recoger sus frutos. Este Estado no nos acerca ni al infierno ni al cielo: define simplemente el momento de la felicidad paradójica cuyas luces y sombras trato de describir aquí. (G. Lipovetsky, 2006: 148).

La depresión se da como patología dominante en una sociedad abanderada de las oportunidades de realización personal y de alcance de la felicidad como nunca ninguna otra lo había hecho. Sin embargo la frustración por no conseguir las metas propuestas es mayor que nunca, y expresa el dominio de *Penia* (figura mitológica que utiliza Lipovetsky para representar la frustración y la sensación de derrota al no poder realizar o conseguir llegar a las metas autoimpuestas) (G. Lipovetsky, 2006) en una sociedad asediada por todas estas enfermedades psicológicas, como la depresión, que pintan una Sociedad enferma, cansada y deprimida, lo cual prueba manifiesta de esta situación paradójica de la libertad y la felicidad.

Los ritmos de vida que nos imponemos son ritmos vertiginosos que ponen en riesgo nuestra integridad física y mental, y nos conducen a un agotamiento del alma y la mente. Nos sitúan en un camino cambiante e inestable, donde la visión de futuro o no existe o está muy lejana. Sin embargo, el propio sistema tiene la solución, o si no la solución al problema, al menos una solución parcial a los síntomas.

Complejos vitamínicos, ansiolíticos, antidepresivos, la sociedad del Rendimiento pone a nuestra disposición infinidad de sustancias que nos ayudarán a llevar a cabo nuestras tareas de forma “adecuada”. Si el ritmo de vida es autodestructivo y tan vertiginoso que se nos plantea como correcto e incluso necesario el recurso de sustancias psicotrópicas y estimulantes para la realización del nuestro día a día, la *Sociedad del rendimiento*, a demás de suponer una *Sociedad del cansancio*, también se presenta como una *sociedad del dopaje*. Sociedad donde para llevar un ritmo óptimo se ponen a disposición todos aquellos tratamientos destinados a poder realizar toda actividad dispuesta “por nosotros” y alejarnos de todo aquel pensamiento negativo y crítico en cuanto al sistema y eliminando cualquier reflexión sobre la autoexplotación como nuevo sistema de dominación.

Medicalización de la salud: el poder del medicamento

Si queremos comprender cómo el sistema responde ante los problemas de salud (mentales y físicos) en la época postmoderna es necesario hablar del concepto de *medicalización*.

De acuerdo con el Diccionario de Espasa Calpe (1999) la medicalización se define de la siguiente manera:

absorción de problemas de naturaleza no médica por la medicina, sea por (1) atribución externa) (Ej. Aborto provocado), sea por (2) la visión incorrecta del hombre por parte de la clase médica (como la confusión de cuestiones de conciencia con casos psiquiátricos) (De Yzaguirre, 2014: 141).

Actualmente, el hecho de tomar un medicamento es algo que se integra en nuestra cotidianeidad, de manera que rara vez nos cuestionamos la utilidad o necesidad de consumir medicamentos. Tampoco encontramos

nada ajeno a lo común en el acto de prescripción de medicamentos realizado por los profesionales de la salud. Así, nuestra lógica, nuestro *habitus*, está inmerso en esa otra lógica de la medicalización de la salud, de tal manera que si padecemos de alguna dolencia (ya sea más del ámbito de lo fisiológico o del ámbito de lo emocional-mental) la forma más rápida a la par que coherente de resolver el problema parece ser consultar a un médico con la expectativa de que nos prescriba un medicamento que aunque no consiga que nuestra dolencia desaparezca por completo, al menos suavice los síntomas y así poder seguir con nuestras actividades vitales³.

Sin embargo, por más apariencia de naturalidad con la que esta dinámica se presenta en nuestra experiencia, no deja de ser el resultado de la confluencia de, por un lado, una concepción determinada del conocimiento, la ciencia y la salud, y por otro, una ideología y una forma de organización social y económica (el capitalismo) que esconde unos intereses determinados.

Para comprender los orígenes de la medicalización, hemos de remitirnos al nacimiento de lo que entendemos como *paradigma biomédico* que a su vez tiene origen en nacimiento de la ciencia moderna en el siglo XVII que considera que el cuerpo no es más que la mera suma de órganos y que entiende que la enfermedad se produce cuando lo se da un adecuado funcionamiento de los órganos y que tiene un origen meramente biológico. Sobra decir, que esta determinada manera de entender la salud y el cuerpo humano se deriva de la tradición positivista, bajo la cual descansa la creencia de que únicamente puede ser objeto de estudio lo objetivamente observable, de forma que lo que podemos explicar acerca de la salud y la enfermedad tiene que ver con el funcionamiento del organismo y de sus partes que siguen estrictamente dinámicas y formas de funcionar dictadas por la biología. En palabras de de Yzaguirre (2014: 27) “los conceptos básicos en el lenguaje científico-sanitario y la manera de pensar son de tipo racional, analítico, lineal y reduccionista como corresponde a la tradición positivista”. Todo ello guarda relación con el *cientificismo*, respecto a lo cual el Diccionario de Medicina de Espasa Calpe (1999) lo define así:

visión de la ciencia y de la medicina que sólo admite como verdadero lo que puede ser verificable mediante la observación propia del método científico hipotético-deductivo. Su consecuencia en el ámbito de la medicina es que el paciente queda reducido a ser un organismo estropeado, con el descuido consiguiente del apoyo moral que debe darle a él y a su familia (de Yzaguirre, 2014: 141).

Es coherente, que siguiendo esa línea lógica de concebir la salud, la solución que se nos presenta como más adecuada es responder a la enfermedad con tratamientos medicalizados y productos farmacéuticos, sin prestar atención a la situación social o psíquica (de Yzaguirre, 2014).

De esta manera, se aísla el componente social, cultural que tanta relevancia tiene en el análisis de las causas de la enfermedad así como en la forma mediante la cual es sistema responde ante ellas, desarticulando al individuo de todo lo social. Este paradigma biomédico impone la negación del efecto que el contexto ejerce sobre el *individuo*, impone una despolitización, bajo el imperativo del cuerpo como una suma de partes que pueden no funcionar adecuadamente por un desequilibrio en sus funciones y mediante la negación sistemática de la influencia de los componentes sociales y políticos en la salud. Sin embargo, es cierto que ha habido intentos de plantear un paradigma psicosocial de la salud, aunque no hayan podido tomar relevancia ante la rigidez epistemológica y metodológica de la hegemonía positivista. De acuerdo con Sánchez-Bayón (2010 y 2014): “esta concepción de la medicina social contrasta con el modelo biomédico al estudiar la salud y la enfermedad colectivas como expresión de procesos sociales en el contexto del acontecer político, económico e ideológico de la sociedad, y no sólo como fenómenos biológicos [...]” (de Yzaguirre, 2014: 24).

3 Entendemos aquí por *habitus* “un cuerpo socializado, un cuerpo estructurado [...] y que estructura la percepción de este mundo y también la acción en este mundo” (Bourdieu, 1999: 146). En este caso, el *habitus* medicalizado supone la incorporación de la disciplina impuesta por ese paradigma bio-médico que condiciona las acciones en caso de encontrarnos con un problema relacionado con la salud.

Así, pues la explicación de la depresión vendría a insertarse en esta lógica ontológica de la enfermedad y la salud humanas, con lo cual se recurre a todo tipo de explicaciones de carácter fisiológico, que hacen referencia a todo lo relativo a la actividad y las dinámicas neuronales en general, y los ciclos hormonales en el caso de las mujeres en muchas ocasiones. En el caso de la depresión, el diagnóstico se basa en la observación de la conducta externa, bajo una interpretación psicopatológica ante lo cual se recurre al tratamiento farmacológico, en parte debido a que el capitalismo parece tender a la ampliación del territorio de la patología al ser esta una fuente de ganancias (Rodríguez, 2016: 167). Sin embargo, es fundamental tener en cuenta a quiénes y de qué maneras afectan las enfermedades, pues estas no se distribuyen aleatoriamente entre la estructura social, sino que por un lado, existe relación entre la enfermedad y la estructura social y la cultura, y por otro lado, se reacciona de una forma diferente en función a la posición del individuo en la estructura social (Domínguez Alcón en de Yzaguirre, 2014).

Por otro lado, para comprender este moderno fenómeno del uso de fármacos como respuesta a todas las enfermedades, es imprescindible prestar atención al entramado de intereses ocultos en la promoción del consumo de fármacos y es que tras el proceso de prescripción, suministro y consumo de medicamentos existe una industria privada en muchos casos multinacional. Los medicamentos han pasado a ser un bien de consumo como otro cualquiera, expuestos a la lógica neoliberal de la mercantilización, lo cual genera la creación e invención de nuevos fármacos de poca o ninguna eficacia (de Yzaguirre, 2014). A pesar de que desde las instituciones que velan por la salud pública (véase la OMS) se preocupan por socializar un uso racional de los medicamentos y evitar el abuso de los mismos, los datos de consumo parecen apuntar a un incremento en los medicamentos comercializados y de su consumo que no lleva aparejada una mejoría proporcional en la salud de la población (de Yzaguirre, 2014).

Partiendo del hecho de que el sistema capitalista tiene como fin en sí mismo el beneficio y la ganancia es comprensible y coherente que ante una cuestión tan crucial y delicada como la salud se levanten dinámicas mercantiles tan perversas como la comercialización de la salud. La industria farmacéutica termina funcionando como otra cualquiera, aunque el producto comercializado sea la salud pública. Además, como se explicará más adelante, el éxito de las industrias farmacéuticas no se entiende únicamente poniendo el foco de atención en los empresarios y los trabajadores de la industria en sí, sino que lo que subyace a esta perversa lógica es un entramado de complicidad entre profesionales de la salud, o sea médicos, empresas farmacéuticas y Estado de bienestar en tanto asegurador de la cobertura de ciertos servicios básicos como la sanidad. Así, se vuelve complejo el intento de abordar la cuestión de la medicalización al haber más agentes implicados en el proceso que reproducen dicha dinámica.

Es interesante también atender a la proliferación de diversas enfermedades sólo conocidas por los habitantes de la era postmoderna. Nos estamos refiriendo aquí a “los numerosos riesgos inherentes a la sociedad postindustrial como la sobrealimentación, la polución, el sedentarismo o el ritmo de vida ajetreado” (de Yzaguirre, 2014: 82). Asimismo, el sistema impone una comprensión de la enfermedad puramente biológica, centrada en paliar los síntomas y dolencias, en lugar de estar enfocado a la prevención.

La práctica de la medicalización es socializada por los miembros de la civilización moderna de forma que la solución más sencilla y natural que se presenta en el caso de la depresión también es el recurso farmacológico. Cuando acudimos al médico porque padecemos algún tipo de sensación de fatiga o hastío vital o incluso sospechamos que podemos tener algún trastorno de ansiedad o depresivo, el médico de cabecera nos realiza una serie de preguntas acerca de si hemos experimentado recientemente desmotivación o pérdida de interés en actividades que antes eran objeto del mismo. Cuando contestamos afirmativamente indicando que sentimos algún grado de apatía, el médico procesa nuestras palabras y automáticamente toma la decisión de prescribirnos un medicamento. No es un medicamento cualquiera, es un antidepresivo que lo que hace es modificar la actividad de los neurotransmisores y conlleva serias precauciones y cuidados que es necesario acatar rigurosamente debido a los posibles efectos derivados del mal uso pueden acarrear serios problemas en cuanto a nuestra salud mental, lo cual es paradójico. El efecto comienza a partir de las dos

semanas desde la primera toma y para dejar el medicamento lo primero que nos recomiendan es en ningún caso dejarlo de golpe, sino ir reduciendo las dosis para dejarlo de forma paulatina.

Volviendo a la cuestión del contexto social, a nuestro parecer lo que es imprescindible reivindicar es precisamente eso, la necesidad de contextualizar la enfermedad depresiva, dotar de sentido y de explicación a la depresión desde una perspectiva que incluya el contexto social, cultural, económico y político que nos rodea. La depresión no parece que sea un mal inevitable, sino que parece guardar bastante relación con las características de la sociedad y cultura contemporáneas. Como señala Yzaguirre (2014: 82):

cuando la medicina obvia la contaminación, el hedonismo, el estrés, la alienación, el consumismo, los riesgos laborales o la comida procesada con productos químicos, está colocando un escudo ideológico que oculta las verdaderas causas de muchas enfermedades. Así, por ejemplo, a los pacientes depresivos se les recetan fármacos antidepresivos, en muchas ocasiones de dudosa efectividad, y se les aconseja cambiar de estilo de vida. ¿Qué se les está pidiendo, que cambien de empresa, de vivienda o de pareja quizás?... pero no se denuncian las condiciones sociales que les han llevado a esa situación.

Otra cuestión que es pertinente a la par que imprescindible abordar para comprender la medicalización es la necesidad de preservar la salud de la población que tienen el sistema capitalista y los estados para tener una fuerza de trabajo que produzca al máximo rendimiento. La medicalización existe porque el medicamento ha pasado a equipararse como un producto cualquiera y porque el capitalismo requiere que la mano de obra esté sana. En definitiva, el capitalismo históricamente ha generado enfermedades por sus propiedades intrínsecas en cuanto a la forma y utilización de los recursos tanto naturales como humanos. En palabras de de Yzaguirre (2014: 83)

primero les cuidamos para hacerlos productivos, y que obtengan lo suyo; luego, con lo que obtienen, los ponemos a consumir como locos, convenciéndoles de que en el consumo, con cada novedad adquirida, encontrarán la felicidad; hacemos que el consumo, como parte de la actividad humana, construya el yo y perfile la identidad; añadimos mucha tecnología costosa para ampliar el bienestar que merecen, aunque ello conlleve incrementar ciertos riesgos; como consecuencia del modo de vida que llevan, y de las condiciones de trabajo que soportan, se nos empiezan a poner fofos, a tener afecciones cardíacas, psicológicas, respiratorias [...] El círculo del bienestar capitalista y la razón instrumental se ha cerrado; el capitalismo necesita individuos sanos para trabajar, pero también consumidores "necesitados" o enfermos de productos y servicios.

Lo que refleja esta cita es lo que hemos calificado como una perversa dinámica, es un proceso que se reproduce a sí mismo, una rueda que gira porque en ese proceso convergen dos intereses del sistema capitalista: el de tener consumidores y el de preservar una fuerza de trabajo en óptimas condiciones.

Además, otro fenómeno que genera todo este entramado, tiene que ver con las atribuciones de responsabilidad que se realizan al explicar los problemas. El capitalismo lo que hace es dar explicaciones individuales a problemas estructurales, por eso mismo impone una despolitización. Desde ese prisma de la racionalidad y la libre elección, incluso las más graves patologías se culpa al individuo en lugar de ampliar la mirada a los factores estructurales. De esta manera, un fumador tiene plena responsabilidad de padecer un cáncer de pulmón porque toma libre y racionalmente la decisión de fumar. Un obeso tiene plena responsabilidad de su condición enferma porque toma libre y racionalmente la decisión de no llevar un estilo de vida sano. Aquello que no podemos explicar en términos individuales, queda sin explicación, como las alergias, las enfermedades respiratorias y todas aquellas que no se asocian a los excesos. Lo que se consigue que obviemos es todo aquello que tiene que ver con "los excesos del capitalismo", la contaminación, la radiación, la explotación laboral etc. Podemos explicar el cáncer de pulmón desde la elección racional que hace un fumador, sí, pero no podemos intentar ampliar la explicación a todos aquellos aspectos que obedecen al mundo de lo inconsciente que llevan a una persona a fumar de lo cual la industria saca partido fomentando el tabaquismo y haciendo de un mal un negocio.

De igual manera explicamos la depresión. La depresión la vemos como una enfermedad individualizada, aislada, que se explica por lo que la ortodoxia positivista permite que sea explicado, por las dinámicas

neuronales. Con la depresión sucede algo diferente, pues cuando se juzga o se opina sobre alguien depresivo, los sujetos no parecen entender muy bien lo que es, por lo cual no toman la determinación de atribuir la responsabilidad individualmente. Lo que sí se explica racionalmente es la elección de salir de los episodios depresivos. Se estima que el sujeto tiene la plena capacidad y agencia de gestionar su psique, además de contar con el poder que nos otorgan los maravillosos y avanzados tratamientos antidepresivos, que nos ayudan al manejo de nuestra subjetividad.

Por otro lado, también es preciso pensar acerca de qué terapias o formas de combatir los trastornos mentales tales como la depresión pueden ser contempladas como útiles. Como vivimos en un mundo centrado en el corto plazo y, por ende, en lo que es efectivo y eficaz en ese corto período de tiempo, desde la psicología lo más apropiado resultan ser las terapias cognitivo-conductuales ya que no duran mucho. Esto combinado con atención psiquiátrica que nos de acceso al poder del medicamento, es la clave del éxito para combatir la depresión. La pastilla permite, por un lado la gestión propia de nuestro mundo psíquico aunque sea a fuerza de la química, y por otro, que nos recuperemos en un plazo de tiempo muy corto y acotado. Por estos motivos, esa conjunción de terapia a corto plazo con medicamento (aunque la terapia podría no estar) es la solución idónea para "curar" la depresión, justamente porque permite que la mano de obra, la fuerza de trabajo esté en perfectas condiciones de una forma casi milagrosa, lo cual además está financiado por lo que entendemos como Estado de bienestar.

Por una parte, el Estado de bienestar tiene mucho que ver en este fenómeno desde el momento en el cual es el encargado de proveer de ciertos derechos básicos a los ciudadanos, lo cual incluye la atención médica. Aquí es donde la Industria farmacéutica encuentra el negocio, concretamente en el Sistema Nacional de Salud. Tanto si partimos de la perspectiva Foucaultiana del Estado y entendemos los servicios sociales y estatales en general como aparatos disciplinarios y vehículos de sometimiento mediante el *biopoder* como si adoptamos una visión menos "sospechosa" sobre el Estado, lo que sí queda claro es que para bien o para mal dicha institución abarca un conjunto de alianzas económicas y de poder que se dan justamente dentro de la esfera del Sistema Nacional de Salud donde existen diversas prácticas deontológicamente dudosas entre los profesionales de la salud y la Industria farmacéutica (de Yzaguirre, 2014). Las hipótesis entre las que nos movemos en este punto son dos. Por un lado, que el Estado del bienestar no cuestiona la medicalización de la salud porque es un requisito *si ne qua non* para que dadas las consecuencias ambientales en sentido amplio del devenir de la forma de producción capitalista, el sistema social pueda seguir reproduciéndose, que la rueda siga girando. Los trabajadores son asistidos por el Estado que financia los medicamentos porque parece la forma más racional de solventar las enfermedades producidas por la era postindustrial y que no puede permitirse algo que vaya más allá de lo paliativo.

Por otro lado, aunque sea una cuestión poco visible, los profesionales de la salud, los médicos, son una pieza clave en tanto que desempeñan un rol como expertos legitimadores del medicamento, ya que su saber se hace efectivo diariamente en las consultas a diario y justamente por la legitimidad y la autoridad de su saber los pacientes cuando acuden a dichos espacios aceptan la prescripción porque se presenta como algo dentro del orden de lo natural. Lo que no saben o quizá prefieren no comprender, es que hay un perverso sistema detrás del simple acto de prescripción de cualquier medicamento.

Lo que sucede entre bastidores, detrás del acto de prescripción de medicamentos, tiene que ver con la forma en la que la industria farmacéutica influye en las decisiones de los médicos. Aquí también entra en juego las complejas estrategias de marketing que las industrias utilizan. Los médicos reciben diariamente visitas de agentes de compañías farmacéuticas (visitadores médicos) que intentan persuadirlos de que incorporen el medicamento que promocionan en sus prescripciones, previo uso de herramientas de venta como la cercanía con el médico.

En resumen, existe un complejo entramado de relaciones comerciales dentro del ámbito del Sistema Nacional de Salud, que implica intereses de grandes corporaciones farmacéuticas en primera instancia, intereses y motivaciones políticas en relación al cuidado de la ciudadanía-fuerza de trabajo e intereses y decisiones

personales de los profesionales médicos. No es casual que se receten determinados antidepresivos y en líneas generales tampoco lo es que la solución ante la depresión sea esa. A grandes rasgos, esto parece obedecer por un lado, a la lógica del capitalismo y la producción en tanto generadores y, por otro, a un paradigma representado como hegemónico e indestructible en términos de legitimidad que impone una visión determinada visión de la salud.

Por último, nos gustaría cerrar la cuestión de la medicalización con la siguiente cita:

Nos encontramos con la era del consumo. El sistema capitalista, el proceso de racionalización, el carácter reificante del consumo y el desarrollo tecnológico, hacen al pensamiento (actualmente representado por la ciencia) esclavo de la volición humana y sus inclinaciones, estableciéndose una máxima, la satisfacción de todas nuestras necesidades, y un valor fundamental, el hedonismo de masas, legitimando los placeres, haciendo de todo un placer, prometiendo dar satisfacción a cualquier sueño material. (de Yzaguirre, 2014: 134)

Retrato del yo posmoderno: narciso o el individuo apático

En un mundo sin mayor referente que uno mismo y en el que la cohesión social aparece como algo del pasado, los comportamientos emocionales de los *individuos* se corresponderán a aquellos derivados de la hipertrofia del yo, es decir, a una forma de actuar y de pensar narcisista. “Hoy vivimos para nosotros mismos, sin preocuparnos por nuestras tradiciones y nuestra posteridad” (Lipovetsky, 2008: 51), nada nos importa salvo nosotros mismos.

En nuestra cotidianidad encontramos innumerables ejemplos de formas de vida narcisistas, pero si echamos un vistazo a la literatura nos encontramos avisos sobre la posibilidad, ahora real, de un mundo narcisista. Albert Camus en *El Extranjero* (1942), obra escrita en primera persona con el fin de relatar el absurdo de la existencia de su protagonista, empezó la novela con una declaración de intenciones: “Hoy, mamá ha muerto. O tal vez ayer, no sé” (Camus, 2012: 11). Si observamos la primera oración, vemos que “mamá” se encuentra después de “Hoy”, el complemento circunstancial, por lo que lo que cobra relevancia es “Hoy”, el momento, la vivencia del personaje⁴; su madre aparece en la frase como un elemento disruptor, cuya acción (su muerte) ha interrumpido la circunstancia del protagonista, su vida, lo que de verdad le importa -esto se ratifica con la siguiente oración, en la cual se reafirma la indiferencia que le produce la noticia al no saber siquiera que día falleció su madre-. Cuando Camus dibujó la personalidad del señor Meursault, el protagonista, anticipó, quizá de manera consciente, el estado al que se dirigían los hombres en el proceso de individualización propio de la modernidad (e impulsado por la posmodernidad).

Meursault es un ser apático, indiferente y narcisista. No tiene ningún arraigo emocional y no siente la necesidad de establecer ningún vínculo por su propia mano, y cuando este vínculo se forma, nuestro protagonista muestra su faceta de individuo indiferente, sin preocupación alguna más allá de un momento por el que no siente afecto alguno. En un momento del libro, su pareja, Marie, le propone matrimonio, exponiendo un caso práctico de la indiferencia propia de esta era: “Le dije que me daba igual y que podíamos hacerlo si ese era su deseo. Me preguntó entonces si la quería. Contesté, como ya había hecho una vez, que nada significaba eso, pero que ciertamente no la quería” (Camus, 2012: 47). En esa disolución de los papeles sociales propia de la época en la que estamos inmersos, todo vínculo social pierde el reconocimiento del que gozaba, y Meursault encarna la apatía con la que observamos estas posibilidades de formación de vínculos: “¿Por qué te casarí-

4 Para un análisis más amplio del significado del comienzo de este libro, se recomienda leer “Lost in translation: What the first line of ‘The Stranger’ should be” (Bloom, 2012), en el que se analiza las intenciones del autor con este comienzo en relación al carácter de Meursault a lo largo de la novela, y por tanto se defiende la necesidad de una traducción fiel de esta novela, con el fin de no perdernos ningún significante.

as entonces conmigo?», dijo ella. Le expliqué que la cosa no tenía importancia alguna, pero que si lo deseaba podíamos casarnos” (Camus, 2012: 47). Las relaciones interpersonales, las redes de seguridad que nos aportan ese apoyo social necesario para el bienestar mental, no son rechazadas, pero pierden su importancia simbólica y aparecen como necesidades de último orden, en detrimento de la propia individualidad.

El narcisismo en este nuevo mundo flexible, aparece como una de las características comportamentales de mayor funcionalidad del sistema. Se promueve “[q]ue el Yo se convierta en un espacio «flotante», sin fijación ni referencia, una disponibilidad pura, adaptada a la aceleración de las combinaciones, a la fluidez de nuestros sistemas” (Lipovetsky, 2008: 58), adaptando las individualidades desancladas de cualquier vínculo estable a los designios que le aparezcan en su vivencia. Las experiencias acaban por ser el motor de nuestra vida, una vía de escape de la soledad acaecida por estas pérdidas, por lo que hemos de mostrarnos flexibles al cambio: “En todas partes encontramos la soledad, el vacío, la dificultad de sentir, de ser transportado *fuera de sí* de ahí la huida hacia adelante en las «experiencias»” (Lipovetsky, 2008: 78), vía de escape de nuestra época.

Este desarraigo universalizado en la sociedad narcisista afecta a cualquier sustrato de nuestra vida, incluso a nuestro sistema de creencias y valores; si la flexibilidad en tanto que cambio externo es el principal creador de experiencias, no nos han de importar las consecuencias de éstas ni mucho menos lo axiológico, sólo hemos de mirar la experiencia misma y recibirla abiertamente. La historia de Meursault es la historia de las experiencias bajo el influjo de la soledad posmoderna. Cuando el vecino de nuestro protagonista le pide ayuda para escribir una carta con el fin de poder “vengarse” de una mujer, Meursault no piensa en las posibles consecuencias de la experiencia que decide escoger, considera que no hay un marco de valores ni de creencias más allá de su propia vida y que por tanto nada que no le afecte a él pueda ser malo. La apatía que nos genera este narcisismo ayuda a la reproducción de las lógicas de desigualdad y de dominación, “el capitalismo encuentra en la indiferencia una condición ideal para su experimentación” (Lipovetsky, 2008: 43).

La indiferencia de los diferentes agentes se muestra como una suma de acciones y pensamientos individuales y por tanto no cohesionados. Sólo me importo yo, y en consecuencia el sufrimiento del resto de individuos no me incumbe. Nos encontramos con un sistema apático, que no ofrece soporte al agente que no ha logrado conformar su individualidad. El problema surge cuando esta indiferencia se muestra como un atributo individual, y por consiguiente en una característica completamente funcional en tanto que sirve a los individuos para despreocuparse por el futuro. En el final de la primera mitad del libro, Meursault decide asesinar a un musulmán -acción que describe como “a causa del sol” (Camus, 2012: 104) reforzando la indiferencia con la que atribuye de valor a sus acciones- tras lo cual es internado en una prisión y se le juzga, pero Meursault en ningún momento entiende el juicio externo que se le ha atribuido a su acción -y en consecuencia a su comportamiento, al relatar sus experiencias de los días previos al asesinato-, como se observa cuando es entrevistado hacia el final del libro por un capellán, el cual busca el arrepentimiento en el condenado, pero se encuentra con una desconexión axiológica: “Le dije que no sabía lo que era pecado. Me habían comunicado tan sólo que era culpable” (Camus, 2012: 118).

Meursault sigue siendo poseyendo la capacidad de agencia suficiente como para narrar su propia vida, pero su comportamiento narcisista-apático en un mundo que no comprende la enfermedad propia del sistema posmoderno, atribuye a su narración un carácter disfuncional, y por tanto acaba siendo condenado al cadalso con el fin de erradicar una enfermedad maligna del sistema en el que se inscribe esta historia. En nuestra vida no llegamos a la necesidad de ese juicio en el que se examine la manera en la que hemos narrado nuestra vida. Nosotros, a diferencia del señor Meursault, no tenemos la capacidad de agencia suficiente como para desarrollar esa potencialidad a la que este sistema nos aboca: vivir sin mirar las consecuencias. La flexibilidad de nuestra era no es la capacidad propia de cambiar y retornar a nuestra posición de origen; la flexibilidad de nuestra era es la capacidad de las empresas y del sistema productivo de forzarnos a aceptar el cambio, y por consiguiente, aceptar toda experiencia que nos es dada. El control sobre nuestras vidas ha sido mermado, y en la era de Narciso, la apatía puede verse contradicha por una necesidad de agarrarnos a lo que debería ser

sólido y estable en un mundo líquido y lábil; nuestra vida. La apatía para con nosotros es un imposible en tanto que debemos conformar una individualidad inquebrantable, por lo que la inestabilidad propia de una era de las experiencias acaba por afectar negativamente al bienestar mental del agente que sufre la pérdida de control propia del mundo flexible.

Bibliografía:

- Alonso, Luis Enrique. 1999. "El trabajo más allá del empleo: la transformación del modo de vida laboral y la reconstrucción de la cuestión social" en *Trabajo y ciudadanía*. Madrid: Trotta.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). 2013. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bauman, Zygmunt. 2003. *Modernidad líquida*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica
- Bauman, Zygmunt. 2006. *Vida líquida*. Barcelona: Austral
- Bloom, Ryan. 2012. "Lost in translation: What the first line of 'The Stranger' should be". *Newyorker.com*, 11 de Mayo. Obtenido el 11 de Junio de 2017. (<http://www.newyorker.com/books/page-turner/lost-in-translation-what-the-first-line-of-the-stranger-should-be>)
- Bourdieu, Pierre. 1999. "¿Es posible un acto desinteresado?" Pp. 129-158 en *Razones Prácticas: sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama
- Camus, Albert. 2012. *El extranjero*. Madrid: Alianza Editorial
- Cano Esteban, Amparo. 2012. "Agorafobia: una mirada encerrada hacia la sociedad". *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico* 6(1): 165-177 (<http://www.intersticios.es/article/view/9535/6752>)
- De Yzaguirre, Fernando. 2014. *El proceso de prescripción de medicamentos en los médicos de AP: estudio psicosociológico de la prescripción de medicamentos y sus condicionantes psicosociales*. España: Editorial Académica Española.
- Ehrenberg, Alain. 2000. *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Ferreira, Miguel A. V. 2008. "Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos." *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 124: 141-174 (<http://www.reis.cis.es/REIS/jsp/REIS.jsp?opcion=articulo&ktitulo=2158&autor=MIGUEL+A.+V.+FERREIRA>)
- Ferreira, Miguel A. V. 2010. "De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico." *Política y Sociedad* 47 (1): 45-65 (<http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO1010130045A>)
- Hacking, Ian. 2001. "Clases interactivas". Pp. 172-182 en *¿La construcción social de qué?*. Paidós
- Han, Byung-Chul. 2015a. *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder
- Han, Byung-Chul. 2015b. *Psicopolítica*. Barcelona: Herder
- Lipovetsky, Gilles. 2008. *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama
- Lipovetsky, Gilles. 2015. *La felicidad paradójica*. Barcelona: Anagrama
- Rodríguez Díaz, Susana y Cano Esteban, Amparo. 2015. *Discapacidad y políticas públicas*. Madrid: Los Libros de la Catarata

- Rodríguez, Roberto. 2016. *Contrapsicología: de las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura*. Madrid: Ediciones Dado
- Sánchez Moreno, Esteban. 2002. *Individuo, sociedad y depresión*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Sennet, Richard. 2000. *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama