

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**



**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**“ALFONSO VÉLEZ PLIEGO”**



**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTORADO EN SOCIOLOGÍA**

---

**El análisis de la construcción del discurso de la sociedad a partir  
de la Depresión como Enfermedad.**

---

DICIEMBRE 2020

PRESENTA:

**ANGEL FERNANDO DE DIOS RIOS**

DIRECTOR DE TESIS:

**DR. ALFONSO GALILEO GARCÍA VELA**



A **Laia**, por invitarme, sin saberlo a escribir esta tesis. Por dejarme acompañarte en esta aventura que es la vida. Por sentarte en mis piernas a escribir conmigo. Eres parte de esta historia. Tuya es toda la página 191.

## Agradecimientos

Es difícil incluir a todas las personas que han apoyado este proyecto. Muchas personas han aportado ideas, conceptos y construcciones sin los cuales esta tesis quedaría coja o incompleta. Sin embargo, cualquier intento por incluir a todos es una ilusión. Alguien se me olvidará y algunos se ofenderán, de otros nunca lo sabré. Por descontado, sé que muchos participaron directa o indirectamente en esta tesis y que no podré mencionarlos por simple omisión. Asumo el *mea culpa*.

Quiero empezar agradeciendo a los cientos de pacientes que me han privilegiado con su confianza y apertura. Sin saberlo, me han rescatado ellos a mí tantas veces y me han permitido seguir aún a pesar de los tiempos difíciles, los arrebatos, los olvidos y las incoherencias. Si soy lo que soy, si hago lo que hago, si vivo lo que vivo, es gracias a mis pacientes. Nunca les estaré suficientemente agradecido por mantenerme a flote en los tiempos oscuros. Nunca lo sabrán, pero durante meses, ser terapeuta, era lo único que posibilitaba que la vida siguiera siendo vida.

Si alguien merece ser el primer nombre propio de los agradecimientos ese es Raymundo Ibáñez. Por su compañía, su empuje y las cientos (¿miles?) de horas que pasamos escribiendo esta tesis. Mi primer lector y el último en cada invento que me invento. El asesor que todos deberían tener. La mitad de esta tesis es suya, y la otra mitad también. 30 años de amistad no son suficientes.

A Azize Aslan por la ternura, por la mirada, por los años de acompañamiento, por las risas y los llantos compartidos durante el doctorado. Por devolver esperanza. Gracias.

A Ivonne Mendieta, Karla Villaseñor y Claudia Rivera que, con sus aportes iniciales, le pusieron pies al proyecto de tesis. Gracias. A Oswaldo Giles y su hermosa familia y por sentarse conmigo tardes enteras a dilatar las depresiones, por incluirme en sus agradecimientos y forzarme a incluirlo en los míos. Gracias. A mis lectores accidentales, Panagiotis Doulos y Mayleth Zamora cuyas aportaciones iniciales fueron invaluable. Gracias. No puedo dejar de mencionar a Alfonso García, mi asesor, por aguantarme y acompañar con paciencia la escritura por más de cuatro años. Gracias. A Sergio Vizquerra por no creer, pero no decírmelo. Gracias. A Oliver Hernández por su profesionalidad y por darme ese banderazo inicial que concluye aquí. Gracias. A mis otros tres lectores oficiales, Lucía, Inés y de nuevo Panos por darse el tiempo de dar sus opiniones y votos. Gracias. Al Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades Alfonso Velez Pliego "El Ponchito", a sus colaboradores y a los participantes del Seminario de Teoría Crítica por abrirme sus puertas y enseñarme que todavía no sé nada. Gracias

A todos mis amigos, que estuvieron y están conmigo en las buenas y en las neurosis. Gracias.

Por último, quiero agradecer a mi familia, a Monserrat, Juan y Victor, a Yira y a Laia por el apoyo en todo, y a mis padres, Fernando y Raquel por la presencia incondicional, a pesar del tiempo, a pesar de los años, a pesar de lo vivido. Nunca podré agradecerles lo suficiente.

**Gracias... Totales**

# Índice

Prólogo. A modo de Introducción General. ....	9
Yo quería escribir la canción más hermosa del mundo .....	9
La identidad del depresivo .....	11
Capítulo I. La noche oscura del alma.....	9
Introducción. Para decir Depresión nos sobran los motivos .....	20
El Rock and roll de los idiotas: La disrupción .....	23
¿Un tren que va a ninguna parte?.....	27
1.1. Empezar a reflexionar desde la vida dañada .....	29
1.2. Lágrimas de Mármol. Apuntes sobre el nacimiento de una teoría tradicional. La psicología. ....	38
1.3. Peor para el Sol. La perturbación se individualiza. ....	47
1.4. Pacto entre Caballeros: El discurso de la enfermedad que constituye al ser social .....	53
1.5. Noches de boda: El discurso de la enfermedad mental.....	60
1.6. Así estoy yo sin ti: La función de los agentes de la salud mental y los manuales normativos en Foucault.....	64
Conclusión. Pongamos que hablo de Depresión.....	73
Capítulo II. El sueño de la razón produce monstruos. ....	80
Introducción: Por el boulevard de los sueños rotos .....	80
2.1. Corre dijo la tortuga: Un sistema que contagia Depresión.....	86
Al otro lado del espejo: La depresión deprimida .....	92
A ti que te lo haces: El trabajo psicoterapéutico con personas en estados depresivos .....	99
2.2. Donde habita el olvido: Abrir las categorías para romper la Depresión .....	102
Tristeza Profunda .....	103
Decaimiento Anímico .....	106
Baja Autoestima .....	108
Pérdida de interés por todo .....	115
El diagnóstico en Calle Melancolía .....	118
2.3. Manual para héroes o canallas: La Depresión como Enfermedad.....	120
DSM 5 .....	121
CIE-10 .....	123

2.4. Un juez que se creía dios dispuso: Crítica de los manuales normativos como estándares del ordenamiento social.....	127
La ironía de ser homosexual.....	133
La ironía del doctor Bentall .....	135
Conclusión. Es fácil dar un diagnóstico, pero es muy difícil quitarlo. ....	137
Capítulo III. El Ruido de las Cosas al Caer.....	144
Introducción. Un tequila por cada duda .....	144
3.1. Pastillas para no soñar .....	146
La depresión de los antidepresivos.....	150
Estudiar a la depresión causa depresión.....	159
Un cuento depresivo.....	163
Más de 100 mentiras. Los mitos que nos dieron traumas.....	169
3.1. Normalidad o la construcción de una ética del deber ser social. ....	170
3.2. Identidad o la Sistemática producción de individualidades.....	176
3.3. La apariencia y la simulación o El medio es el mensaje .....	182
3.4. Felicidad como paradigma. El individuo es feliz o no es nada en absoluto .....	189
3.5. Productividad y Cansancio o la Fetichización Yoica .....	198
El derecho a ser infeliz. A modo de conclusión de capítulo .....	209
Capítulo IV. La mala costumbre de la esperanza. Testimonios y reflexiones desde la vida dañada. .....	213
Introducción a los casos .....	213
4.1. La contradicción social y su reflejo individual.....	216
Ideología que construye al sujeto .....	219
El paraíso perdido y la Tierra Prometida.....	220
4.2 Representaciones individuales de un malestar colectivo .....	222
4.3. Estructuras narrativas de los testimonios.....	224
El nuevo paraíso perdido y la nueva tierra prometida: Éxito.....	234
Yo soy el que soy: La tragedia de la identidad. ....	238
La normalidad: Lo que debí de haber sido.....	242
La felicidad: una píldora que lo resuelve todo.....	248
El fetichismo del ser: La simulación como realidad. ....	256
4.4. El enfoque crítico de la depresión. La crisis de la modernidad .....	263

La depresión es contagiosa .....	270
Conclusión. Un ejército industrial de reservas en depresión.....	275
Detrás del Grito. A modo de Conclusión General: No son individuos gritando. Es una sociedad desesperada. ....	278
En el principio es el grito. Nosotros gritamos. ....	278
Cuando escribimos o cuando leemos, es fácil olvidar que en el principio no es el verbo sino el grito. Ante la mutilación de vidas humanas provocada por el capitalismo, un grito de tristeza, un grito de horror, un grito de rabia, un grito de rechazo: ¡NO! .....	278
Epílogo.....	289
La crítica a la deriva .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
En el sepelio de las decepciones .....	290
Bibliografía .....	295

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Organización Mundial de la Salud. 2019.

En el año 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmaba que 250 millones de personas alrededor del mundo padecían Depresión.

En ese mismo año yo fui diagnosticado con Depresión.



# Prólogo. Yo quería escribir la canción más hermosa del mundo

Este texto, como todos, está plagado de experiencias subjetivas, pero, a diferencia de otros, aquí no es motivo de molestas hipocresías. Esta narrativa no maquilla un cientificismo supuesto. Esta tesis no esconde sus propias falencias. Este autor –tan huérfano de autores– no ha intentado crear un nuevo vínculo con aquella fantasía (mal) llamada objetividad. Esta tesis no impone, esta tesis no supone, esta tesis elabora. Por las entrelineas se filtra la (mal llamada, mal entendida y maltratada) depresión. Pero, sobre todo, se filtra la desilusión y la desesperanza; en un sistema que *roba y deshonra, y nos vende el derecho y la voz*.

A los conocedores de Joaquín Sabina no les pasará inadvertido el guiño de estas frases y de diversas canciones en los títulos y subtítulos de los primeros dos capítulos, puesto que son inspirados en el cantautor. El atrevimiento es un tributo: una forma de agradecerle la compañía (4 años con el soundtrack de fondo) y el necesario, y tal vez urgente reconocimiento de la poesía y de la literatura como los mejores vehículos para explorar los entresijos del alma humana.

Nadie como el poeta para ilustrar los avatares de una vida. Nadie como el poeta para desenmarañar (y por tanto, entender) los golpes de una vida que necesariamente obliga a ser vivida. Y ningún cantautor, tan amigo de las causas perdidas, le ha cantado mejor a la depresión (desde la depresión) como Joaquín Sabina (en habla hispana... en otro idioma, tal vez tendría que hablar con Bob Dylan). Pues, como dijera Virginia Wolf (1976) “...la herida es una verdad que sólo el arte puede buscar y expresar”.

Sea pues, también, una invitación a leer la tesis con esa “cada canción en particular” de fondo. Y sea además una necesaria invitación a entender al alma humana a través de sus canciones, y evitar, en lo posible, los técnicos y tristes manuales descriptivos que usa la clínica para menospreciarnos, para desfigurarnos y para malentendernos. Porque la descripción de la experiencia depresiva no está en ningún manual psiquiátrico, y tampoco

se encuentra en este texto. Está en la voz de aquellos que han sabido vivirla y sobrevivir para cantarla.

En toda su extensa complejidad.

He aquí un ejemplo:

Oiga, doctor / Devuélvame mi depresión / ¿No ve que los amigos se apartan de mí? / Dicen que no se puede consentir / esta sonrisa idiota / Oiga, doctor / que no escribo una nota / desde que soy feliz / Oiga, doctor / devuélvame mi rebeldía / ahora que a la carta cenó cada día / y viajo con American Express / algunas de las cosas / oiga, doctor / que imaginaba odiosas / ¿Sabe que están muy bien? / Oiga, doctor / esta vez le falló la acupuntura / ¿Acaso no le pago las facturas? / Déjeme como estaba, por favor / Oiga, doctor / A ver si tengo cura / solo quiero ser yo / y ahora parezco mi caricatura / Oiga, doctor / Devuélvame mi fracaso / ¿No ve que yo cantaba a la marginación? / devuélvame mi odio y mi pasión / Doctor, hágame caso / Quiero volver a ser aquel payaso / con alas en los pies / Oiga, doctor / Devuélvame mi excitación / llevo ya cinco meses sin una erección / Incluso en un gimnasio me inscribí / pero no me curaron / Oiga, doctor / Cada miembro me hincharon / menos el viril / Oiga, doctor / Esta vez le falló la acupuntura / ¿Acaso no le pago las facturas? / Déjeme como estaba, por favor / Oiga, doctor / Que ya no se me empina / desde que me mandó / tener cuidado con la nicotina / Nada de disimulos / la cumbre se me está / clavando por momentos en el culo

(Oiga Doctor, 1887)

No puedo tampoco soslayar el hecho de que todo lo escrito lo es sobre uno mismo. Por eso esta tesis no intenta lo contrario. Y, aunque los títulos de cada capítulo son también títulos de otros libros –cuya temática, es más, y a veces menos, cercana a la depresión–, en general, me permito hablar en primera persona – cuando no lo hago en voz de aquellos que la sufren y la padecen. La intención es conferirle al texto la necesaria carga experiencial de la narrativa a la que se contraponen y confronta el modelo médico de atención a las enfermedades mentales. Esto me permitirá abordar el tema desde otras subjetividades y lecturas críticas que, a su vez, den acceso al despliegue de la depresión como una construcción subjetiva de la cultura, del sistema capitalista y de la estructura ideológica que nos tocó vivir.

## *Ciudadano Cero o la identidad del depresivo*

¿Quién soy yo para escribir sobre depresión? ¿Quién me creo que soy para hablar con autoridad sobre un tema que atañe a millones de personas?

¿Quién soy?... pero sobre todo... ¿Quién no soy?

Lo acepto: como psicólogo soy muy mal sociólogo y como sociólogo carezco de todas las bases filosóficas necesarias. Pero, a diferencia de ciertos compañeros de profesión, reconozco mis limitaciones a la hora de tocar el tema.

Soy psicólogo, soy psicoterapeuta, pero, sobre todo soy un decepcionado que, a veces, se siente desesperado por cargar tantas culpas. Tal vez por eso aquí comienzo con una confesión:

Mi infancia fue relajadamente clasemediera. El privilegio de ser pequeño burgués me permitió acceder a colegios privados en los que aprendí a hablar con la adecuada cortesía que se enseña con el civismo y la corrección política. Tuve el lujo de llegar a la educación superior, acceso a internet, a Kundera y a Borges. He viajado por el mundo y nunca he pasado hambre. Nunca fui excluido ni tuve que pedir perdón por haber nacido mujer, indígena u homosexual<sup>1</sup>. Ni siquiera ser padre soltero o un eterno estudiante incapaz de pagarse los estudios, si acaso, son atenuantes a mi privilegio de ser hombre blanco heterosexual.

Unos pocos años de empleos de mierda, mal pagados, en condiciones y horarios precarios, me dan licencia para sentirme víctima de la sociedad capitalista unos 5 minutos al día, aunque la cierta bonanza de los últimos diez años me enajene las culpas y me permita elegir al whisky sobre el tequila cada vez que el tendero del bar de la esquina me lo pregunta.

Ni siquiera en mis años universitarios fui seducido por el pensamiento marxista con su dialéctica materialista, su ateísmo y la fe en un relato de la historia que nos llevaría a una utopía sin gobierno y donde reinaría la racionalidad y la justicia. Siempre lo reduje a un bonito cuento de hadas: bello y aspiracional pero tan utópico como el paraíso cristiano (del cual también me despedí al abandonar la vocación sacerdotal —otro lujo que pude darme). La

---

<sup>1</sup> Nominaciones por las que nadie debería pedir perdón y, sin embargo

decepción no me llegó con los cuentos que me fui contando después de cada fracaso. La apatía política – prima hermana de la decepción – sería en mí una constante como el color de piel o la preferencia sexual: sólo algo más a lo que acostumbrarme.

Del marxismo apenas rescato: el todavía no, aún... la utopía como horizonte y la conciencia de que el mundo es como es, pero podría ser de otra manera. Y, aunque el pensamiento de izquierda me seduce de vez en cuando (sobre todo en las tardes de lluvia), hoy la mayoría de mis congéneres me considerarían, más bien, un ambiguo contemplador posmoderno (puesto que no parezco tener ideales); en la práctica, debo decir que soy poco más que un pobre decepcionado<sup>2</sup>.

Personalmente, siempre me he considerado un individuo mentalmente estable, aunque a veces haya perdido el control y sepa de tristezas, angustias y enojos. Filosóficamente, he sido un mutante que se pelea entre los ideales de la ilustración, la subversión nietzscheana y la ambigua posmodernidad. Prefiero al Adorno de Mínima Moralia, pero detesto al Horkheimer de Razón Instrumental. Pero, de ambos, escogería a Kafka con los ojos cerrados. Como psicólogo me he decantado más por Freud que por Skinner, aunque, si tuviera que escoger, me quedaría con Rogers. Y con permiso de los puristas lacanianos, Jung siempre me pareció más interesante.

Como ya dije: un privilegiado tercermundista y pequeño burgués con educación universitaria y vagas aspiraciones académicas. Soy, inevitablemente – y por los tiempos que corren (ni siquiera eso me pertenece)–, un humano posmoderno: dudo de todos los discursos y no poseo idea de dios, de patria o de progreso.

Mi identidad, si hubiere, sería una multiplicidad: soy hetero y soy terapeuta y youtuber y maestro y estudiante y padre y drogadicto y depresivo (y lo que usted quiera mandar). Sólo una suma de ideas y roles sin horizonte definido ni narrativas políticas. Ya no culpo de ello a Disney o a mis padres o al mal gobierno; con el paso de los años, el foco se ha ido moviendo (y ampliando) irremediabilmente, en otras direcciones.

Porque, también hay que decirlo, la decepción no se escoge.

---

<sup>2</sup> Con perdón del pobre, de todos los pobres y la pobreza.

Como dice Ciorán, nos elige a nosotros<sup>3</sup>.

Ni siquiera eso me pertenece.

Tampoco se elige sentirse miserable, fracasar en un mundo de exitosos o romperse en mil pedazos.

No se elige tener depresión.

Yo (como millones de personas en el mundo), por desgracia, no tuve la perspicacia de Kafka, de Lorca o de Camus y no fui capaz de detectar cuando las cosas comenzaron a ponerse realmente feas: *me adentré en la cueva con desidia y no vi al lobo hasta que lo tenía delante de las narices*. Entonces, claro, ya era tarde. Entonces, claro: Depresión.

Porque en esta sociedad que me tocó vivir, la única respuesta posible es: Depresión

Porque en esta sociedad que nos tocó vivir, tampoco podemos elegir nuestras etiquetas identificatorias, ya no decido si soy pecador o enfermo o loco. Eso lo decide un alguien al que tampoco tendré el gusto de conocer.

No se elige ser miserable o melancólico o ser un fracasado. No se elige la desesperación. Nadie prefiere a la apatía. Nadie quiere un día despertar deprimido.

Un buen día, *algo* —una tragedia personal, el angustioso silencio del universo, lograr una meta-no lograr una meta, un trabajo horroroso—, nos hace despertar en el abismo.

Hasta ese instante, todo encajaba: usábamos las herramientas que teníamos a la mano, nos relacionábamos con los demás, disfrutábamos de los objetos y de las cosas, el mundo estaba en orden, y, en general, actuábamos de una manera *honest*a, sin dobles intenciones, sin preguntarnos qué sentido tenía hacer lo que hacíamos.

Pero un día surgió la duda. Pero entonces apareció la sombra.

Pero no supimos todas las respuestas.

Hubo un accidente, se perdieron las postales,  
quiso carnavales y encontró fatalidad  
Porque todos los finales

---

<sup>3</sup> Ciorán habló de lucidez, pero para efectos prácticos, lucidez es decepción. Porque estar lúcido es decepcionante: *Tampoco se elige ser lúcido: la lucidez nos elige*.

Son el mismo repetido  
Y con tanto ruido  
No escucharon el final  
(Ruido. Sabina 2006)

Y es entonces, cuando la decepción tocó a nuestra puerta, cuando la miseria se nos hizo visible, cuando la depresión nos alcanzó, los malaventurados poseedores de la luz<sup>4</sup>, hicimos una de tres cosas: 1) *googleamos* una ambigua descripción de nuestras sensaciones y de inmediato aparecieron 167,000 resultados (en 0.50 segundos) y, en el segundo resultado (y en el cuarto, quinto y hasta el 18º) apareció la palabra Depresión, asociada a términos como trastorno, enfermedad, psicología y serotonina<sup>5</sup>. Lo que siguió solo estuvo a unos clics de distancia.

O bien, 2) lo comentamos con alguno de nuestros allegados y, con las mejores intenciones, pero ya hartos de escuchar nuestros problemas, nuestras dudas existenciales, nuestra desesperación (en una sociedad de autoestimas autoalimentadas, el hartazgo del otro llega rápido<sup>6</sup>), nos recomendó ver a un psicólogo o a un médico, *porque lo que tú tienes no es normal*. A un experto en salud mental que, si está formado en el modelo médico de salud mental (y lo está), nos diagnosticará depresión y nos recetará medicina y/o psicoterapia.

O bien, 3) como cualquier humano civilizado hoy, ya sabremos –porque las redes sociales nos lo recuerdan a diario, porque en televisión se habla de ello cada semana, porque nuestros personajes favoritos de series dicen padecerla–, ya sabremos que algo no está bien en nosotros y con nosotros y, amén de dos o tres publicaciones de Facebook, una entrevista televisada con un experto o un video en Youtube, nos auto diagnosticaremos depresión. Nada más fácil que eso. Al final, somos hijos de la cultura que nos rodea.

Ese es el camino, esa es la ruta y esa es la historia de, por lo menos, 295 millones de personas en el mundo<sup>7</sup>. Porque no tuvieron (tuvimos) alternativa. Es esa etiqueta o no se es nada. No hay ninguna otra explicación, no hay posibilidades. Estás deprimido o tienes depresión, dicen los expertos.

---

<sup>4</sup> Lucifer es el ángel del a luz. Y los hijos de lucifer son los portadores de la luz.

<sup>5</sup> El resultado y el número es real: Es lo que aparece en mi pantalla de Google cuando escribo las palabras tristeza, aburrimiento, ansiedad y apatía. Por supuesto, invito al lector a que haga la prueba.

<sup>6</sup> La referencia a las autoestimas viene del segundo capítulo.

<sup>7</sup> La referencia al por qué ese número y no otro, se puede encontrar en el primer capítulo.

Y así es como el diagnóstico de depresión envenena al resto de la experiencia de estar en el mundo. Poner una etiqueta es fácil, lo verdaderamente difícil es quitarla.

La etiqueta equivale a una grieta, a una resquebrajadura.

Trastorno depresivo mayor. Trastorno distímico de la personalidad. Trastorno bipolar tipo monopolar I. Depresión subclínica. Trastorno adaptativo del estado de ánimo. Depresión psicótica. Depresión atípica. Trastorno afectivo estacional. Depresión.

Traza una línea en el suelo y nos coloca de un lado, solos y aterrados.

Todas las imposibilidades, todas las injusticias, todos los sinsabores y cada angustiosa espera empiezan a tener un nombre. Desde nuestro lugar vemos el mundo, pero ya no podemos participar en él. Contraemos el vicio de auditar cada pequeña señal *del pensamiento, de la palabra, de la obra y de la omisión* y nos condenamos a la autoconsciencia en un mundo que vilipendia a los tristes, a los introvertidos, a los negativos y a los fracasados.

No es algo que hayamos buscado, no es algo que se aprenda (uno *no se propone* tener angustia, como tampoco se propone tener hambre o tropezar con la banquetta). Pero aparece como si fuera la señal que buscábamos en el mapa: *Usted está aquí*. Se revela como la confirmación de una suspicacia hacia la vida que, de manera más o menos consciente, nos es inculcada desde pequeños y con cada plato de sopa: el mundo está bien, la vida es bella, la felicidad está ahí al alcance de la mano, lo único que tienes que hacer es tener buena actitud para ser exitoso.

Si nada de esto funciona: *el error soy yo*.

(El error está en mí. El error es mi mala actitud. El error es mi cerebro).

*Depresión se llama el juego.*

Es por eso que, cuando comencé a escribir esta tesis, me propuse un doble objetivo. Por un lado, desentrañar la experiencia que yo mismo había tenido con la depresión y con

ello desenmarañar la experiencia depresiva de millones de personas<sup>8</sup> y, por el otro, darme la oportunidad de soltar un grito, desesperado y cargado de rencor hacia la profesión que yo mismo había escogido para definirme la vida. (tal vez... ¿gritar en contra y más allá del capital?... no lo sé, es demasiado obvio y sofisticado). Dejar de repartir etiquetas y empezar por quitarme la mía.

Y, en la estela del pensamiento crítico, pasar a la contra, pensar a la contra, pelear con el mundo, sacar a la luz la cara fea y oculta de la salud mental, revelar sus miserias e inconsistencias, dejar de ser el encubridor de un modelo teórico que, al menor descuido, nos traiciona con la etiqueta y el estigma; el contrapunto a tanto optimismo reinante, quise romper los lazos que me unían al modelo y reivindicar mi derecho a no ser feliz y no por ello, tener depresión.

Porque, dentro del marco de la tesis, hay una pregunta que se esmera por ser respondida y que, en todo caso, abre los alcances de esta tesis, puesto que no tiene una respuesta: ¿Qué es depresión?

A lo largo de la tesis, inevitablemente nos encontramos con que no tenemos idea de qué es depresión y no estamos ni cerca de tener claras las causas. Pero, como se explora en el **primer capítulo**, el modelo médico de atención a la salud mental (que es el modelo de tratamiento que prima en occidente y que es, en cualquier caso co-creador del trastorno depresivo) tiene la presunción contraria.

El modelo médico de atención a la salud mental parte de la premisa que la depresión –toda depresión– es una enfermedad del organismo individual, asignado a un desbalance neuroquímico, a una deficiencia neuronal, o un desequilibrio fisiológico, es decir, es considerada una enfermedad orgánica. Siendo el cerebro el único cuerpo de intervención como órgano dañado o disfuncional y viendo al individuo sólo como portador de ese cerebro. En palabras prácticas, el modelo ha reducido toda la subjetividad a un órgano: el cerebro.

---

<sup>8</sup> Literalmente, sacar de las entrañas y, literalmente, quitarle las telarañas.



Esto nos impele a que a todo el modelo médico de atención a la salud mental se le enmarque dentro de lo que Horkheimer llamó teorías tradicionales, en tanto que, autodenominadas “científicas”, pero analizadas a la luz de la teoría crítica, emergen mostrando su contenido político, histórico y cultural, derivadas de instituciones y creaciones sociales que se establecen como normalizadoras de los individuos y sus sociedades.

Pues, como se argumentará a lo largo del capítulo, el modelo médico de atención a la salud mental es una de las máximas (si no la máxima) expresión de Teoría Tradicional de entre las ciencias sociales en general.

La crítica se dirige, entonces, en el **segundo capítulo**, hacia la construcción teórica del discurso totalitario, ramplón y reduccionista a la que están ceñidas las enfermedades mentales y que hoy son reproducidas – por lo demás, con poca y nula crítica – por el modelo médico de salud mental. Para después explorar la tesis de que todo el malestar y todo el tratamiento que percibe el individuo en sí y que deviene de la relación social es abordado por el modelo médico como trastorno o enfermedad–individual: que hay que curar.

Ello nos llevará a una crítica que derivará en las aportaciones, desde el modelo social, representado por autores como Foucault, Ibañez, Rose, Lacán, Braunstein, Chul Han, entre otros. Autores que nos permitirán un acercamiento al estudio de la depresión ajeno al modelo médico, que a su vez nos permitirá contrastarlo con el marco conceptual de la teoría crítica, específicamente lo abordado, directa o indirectamente por Horkheimer y Adorno.

En el **tercer capítulo** abordaremos la concepción de lo normal-anormal en la salud mental; correspondiente a un ámbito interpretativo que tiene que ver directamente con la construcción social vigente para su determinación y en donde la construcción del concepto de depresión responde a la disonancia del individuo respecto a su actuar social. Es por ello que se le contrapone y explora a través de cuatro constructos de la sociedad capitalista moderna: 1) la producción de identidades, 2) la construcción de un deber-ser normal, 3) la felicidad como paradigma, y 4) el éxito y la productividad como estrategias de enajenación.

En el capítulo se explora cómo la felicidad y el éxito son más un proyecto político que una necesidad o incluso una posibilidad del individuo o del colectivo. Debido a que los infelices y fracasados no tienen cabida, porque su infelicidad es una muestra de su inadaptabilidad ante el progreso, el desarrollo, el crecimiento económico, el éxito que la buena sociedad promete a todos sus miembros.

Por eso se cierra el capítulo con dos ideas que, en principio son contra-intuitivas y, en todo caso, negativas: La búsqueda de la felicidad y la persecución del éxito son las principales causas de depresión.

Tal vez por el hecho de que la depresión es, de facto, el último efecto del capital. Es, en la práctica, la expresión total del sistema que aliena y atropella al individuo en pos de un mercado que lo requiere. El diagnóstico de depresión es el resultado de la fetichización (ahora sí) completa del sujeto y de su subjetividad.

Una persona deprimida es la última frontera, el ya-no-va-más del proceso de enajenación. Por eso decimos que la etiqueta diagnóstica de depresión es el acallamiento del grito, de cualquier grito y de todos los gritos.

En el **último capítulo** se hace imprescindible explorar los testimonios y las expresiones de personas reales que “han caído” en las redes del modelo médico de atención a la salud mental con un diagnóstico de depresión. Abriendo y debatiendo categorías tales como fracaso, cansancio, aislamiento, impotencia, desesperanza, simulación y silencio, es decir, categorías netamente sociales, dentro del marco de las categorías impulsadas por un sistema que aplasta pero que vende a su vez los remedios para lo que ocasiona. Es por eso que se retoman las categorías exploradas en el tercer capítulo, iluminadas por las narraciones de las personas “deprimidas” que accedieron a participar en esta investigación.

Al final, la propuesta de esta tesis no es encontrar nuevos tratamientos para la depresión (ya hay demasiados), sino de analizar qué factores sociales están detrás de la llamada “patología psiquiátrica más extendida del mundo”. Y permitirnos un acercamiento a las vidas dañadas desde un paradigma –desde una episteme, desde una narrativa– distinta; incluso, queremos decir, más humana. Que además nos permita centrarnos en las claves de la estructura que, sistemáticamente, está fabricando muertos vivientes.

Así comienza este viaje, bienvenidos a la calle Melancolía.

Vivo en el número siete, calle Melancolía /  
Quiero mudarme hace años al barrio de la alegría /  
Pero siempre que lo intento ha salido ya el tranvía /  
En la escalera me siento a silbar mi melodía

# Capítulo I. La noche oscura del alma.

## Introducción. Para decir Depresión nos sobran los motivos

Y cómo huir cuando no quedan islas  
para naufragar...  
Al país donde los sabios se retiran  
del agravio de buscar...  
(Peces de Ciudad. Joaquín Sabina 2017)

En el año 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmaba que 250 millones de personas alrededor del mundo padecían Depresión. En ese mismo año yo fui diagnosticado con Depresión.

Mi psicoterapeuta, una reputada psicóloga de la ciudad, con más de treinta años de experiencia en atención psicológica y con toda la preparación que se necesita para dar diagnósticos y ayuda psicológica a sus pacientes – incluso, con la formación necesaria para atender a otros especialistas – me dijo: “Angel, lo que tú tienes es una Depresión profunda”.

Recuerdo, claramente sus palabras, y también mi asombro e incredulidad. Inmediatamente, en mi cabeza se dispararon todas las preguntas: ¿Depresión yo? ¿Cómo es posible? ¿Desde cuándo? ¿Por qué? ¿Qué criterios utilizó para llegar a ese diagnóstico?... Y, si está en lo cierto... ¿Por qué no me había dado cuenta? ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí?... yo que soy psicoterapeuta, ¡debí haberlo sabido!... ¡debí haberme dado cuenta antes!

(Al día de hoy, desconozco qué criterios utilizó para declarar a mi Depresión como “profunda” y no, por ejemplo: insondable, obscura o sutil).

Todavía no salía de mi estupor, cuando la terapeuta cerró la sesión y me despidió con lo que ella llamó su “recomendación profesional”, que consistía en tomar medicamentos antidepresivos (con marcas y en dosis muy concretas) y continuar con un tratamiento específicamente enfocado en “curar” mi trastorno depresivo mayor.

Recuerdo haberme enojado mucho. Las siguientes sesiones se llenarían de discusiones donde yo le reclamaba la pertinencia de su diagnóstico y ella cuestionaba mi resistencia al tratamiento.

A los pocos días abandoné el tratamiento psicoterapéutico. No había manera. Ambos teníamos razón: yo cumplía con todos los criterios para ser diagnosticado con Depresión y, al mismo tiempo, me negaba a creer que unas pastillas me devolverían el trabajo (del que, hacía poco tiempo, me habían invitado, muy cortésmente, a renunciar) o me evitarían las consecuencias que había dejado un largo proceso de divorcio.

Dejé pasar unos meses y, mientras intentaba lidiar con la desolación, comprendí que yo tampoco tenía mucha idea de lo que me estaba pasando. No me fue difícil preguntar entre colegas y encontrar a un psicoterapeuta con otro enfoque para comenzar un nuevo tratamiento. Y, sin embargo, recuerdo haberlo iniciado con la duda que había sembrado la anterior especialista. Mi primera pregunta al nuevo terapeuta fue: ¿Estoy deprimido?...

Poco a poco fui entendiendo que yo estaba enojado, triste, confundido.

Pero no estaba deprimido.

Pero sí estaba deprimido.

Pero ¿Cómo es posible tal contradicción?

Toda la literatura, todos los manuales de atención para trastornos mentales, todos los artículos científicos sobre depresión confirmaban el diagnóstico. Sin embargo, mi experiencia en la práctica terapéutica y mi propia descripción de la situación me decían que estaba pasando por un momento de cambios radicales, de abandono, de pérdida y de duelo. Empero, algo me decía que yo no tenía un Trastorno de Depresión (ni mayor, ni menor, ni “profundo”).

Y que no estaba enfermo.

Me negué, lapidariamente, a tomar antidepresivos y a intentar una “cura” para mi depresión. Y, aún sin tener claridad sobre lo que me ocurría, me dio por pensar que estaba en el lugar equivocado y, por tanto, tal vez, la solución pasaba por que moverme de ese

lugar (en pensamiento, palabra, obra y omisión) rumbo a otro, tal vez igual de equivocado pero alejado de éste. Y así lo hice.

Al inicio de mi nueva terapia, mi terapeuta me hizo ver cuántos “debo” tenía en mi vocabulario. Me invitó a experimentar eliminarlos de la interacción: “Es una palabra cargada de vergüenza y de expectativas imposibles de cumplir” me dijo; el cuento de hadas de la felicidad en toda la extensión de su odiosa falsedad. Ahí comenzó el camino que terminó en esta tesis.

Al final, tengo que reconocer que yo tuve una oportunidad que no es común para el resto de las personas. Soy psicoterapeuta de profesión desde hace casi 20 años, reconozco las sutilezas de los diagnósticos psicológicos (no era el primer diagnóstico que se me endilgaba), me he pasado más de dos décadas estudiando las causas y consecuencias de la conducta humana y me he entrenado para comprender que toda historia personal es complicada.

Pero... ¿Cuántos realmente podrían hacer lo mismo? Es decir; rechazar un diagnóstico dictado por “el especialista” (un ente preparado, licenciado y ordenado para tal efecto). Cuántas personas tendrían el permiso de, por lo menos, discutir una conclusión sobre su estado mental ante “el experto”. Cuántas personas pueden darse el lujo de, al final, decidir cambiar de tratamiento.

Un año después, comencé esta investigación con tres preguntas en mente: ¿Qué es Depresión? ¿Yo tuve/tengo depresión? y ¿Quién, realmente, tiene depresión? Y mientras acumulaba datos, lecturas, testimonios y artículos para la presente tesis, al mismo tiempo también fueron aumentado tres cosas: los criterios diagnósticos, mis dudas y el número de personas diagnosticadas con depresión. La misma OMS, en pleno 2020, calcula que ya son más de 300 millones de personas con depresión en el mundo. Es decir, en estos cinco años, 50 millones de personas se han sumado a las filas de la depresión.

Para ponerlo en contexto: 300 millones de personas es la población total de Estados Unidos; representa casi el triple de la población de México; y es el resultado de la suma de toda la población de Brasil, Argentina, Chile, Perú, Bolivia y Uruguay juntas.

A eso, de acuerdo con los estándares actuales de la ciencia médica, se le llama Pandemia<sup>9</sup>.

## El Rock and roll de los idiotas. La disrupción

Yo no tenía ganas de reír,  
Tú reías para no llorar;  
Yo le guiñaba un ojo a mi nariz,  
Tú consolabas a tu soledad  
Yo sin ninguna escoba que vender,  
Tú con mil y una noches que olvidar;  
A mí no me quería una mujer,  
A ti se te moría una ciudad  
Tú habías perdido el último autobús,  
A mí me habían echado de otro bar;  
Los mismos alfileres de vudú,  
El mismo cuento que termina mal

(El Rock and Roll de los idiotas. Joaquín Sabina 2005)

Al iniciar esta investigación, me encontré con tres disrupciones:

- 1) Mi terapeuta (una mujer, por otro lado, muy competente) me diagnosticaba depresión, y me sugería intentar medicación antidepresiva.
- 2) Al mismo tiempo, el número de personas en el mundo que eran diagnosticadas (auto o hiper diagnosticadas – ya lo veremos) en depresión crecía de manera exponencial.
- 3) Y sin embargo, por mi consultorio han pasado cientos, tal vez miles de personas, con signos de tristeza, impotencia, desolación, hartazgo, enojo, hastío, ansiedad, etc. (todos ellos, signos que cualquier especialista de la salud mental diagnosticaría como trastorno depresivo). Sin embargo, en todos estos años, he atendido apenas a

---

<sup>9</sup> Pero, “Pandemia” ya es una palabra que nadie quiere usar... A punto de finalizar esta tesis apareció el Covid-19 y entonces la palabra pandemia tomó todo un nuevo significado. Además, puso en contexto y en evidencia la ligereza con que se han diagnosticado otras enfermedades como la depresión, con sus (supuestos) trescientos millones, cuando en la práctica, cuando el Coronavirus alcanzó los tres millones, el confinamiento y las medidas para encontrar “una cura” se hicieron urgentes e imprescindibles. El coronavirus es una enfermedad objetivada, la depresión es un invento cargado de prejuicios.

una docena de pacientes con un malestar mayor, sin causa aparente, que pueda ser directamente asignado a un desbalance neuroquímico, a una deficiencia neuronal, o un desequilibrio fisiológico, es decir, que pueda ser considerada una enfermedad individual (en el sentido médico) y, por tanto, deba recibir tratamiento médico. O eso que los doctores han dado en llamar Depresión Clínica o Trastorno Depresivo Mayor.

Los datos no encajaban desde mi perspectiva. O bien, mi propio sesgo experiencial me estaba cegando de una evidente enfermedad – que, para más inri, yo padecía – y, al mismo tiempo, haciéndome dudar de los datos que aportaban instituciones tan serias y reputadas como la Organización Mundial de la Salud. O bien, mi experiencia de ser diagnosticado con una enfermedad o trastorno mental llamado depresión, basado en unos cuantos criterios médicos ambiguos – y apenas sintomáticos –, era la misma experiencia de millones de personas alrededor del mundo.

En otras palabras: ¿Podría ser posible que hubiera otras personas que, como yo, hubieran sido diagnosticadas con depresión – como enfermedad – y que, sin embargo, no tuvieran enfermedad o trastorno alguno? y, por tanto, ¿los datos referenciados por las instituciones de salud mental no fueran exactos o correctos? O bien, el concepto depresión engloba signos de tristeza, impotencia, desolación, hartazgo, enojo, hastío, ansiedad, etcétera. Y, por tanto, es responsabilidad de los especialistas en salud mental diagnosticar – para beneficio de las personas, y en pro de una simplificación necesaria – dentro de una sola construcción léxica determinada, todas estas experiencias subjetivas de la vida de las personas.

De cualquier manera, me resultaba extraño entender por qué, una patología tan obvia, tan presente en nuestra sociedad (con millones de personas), tan clara para otros profesionales de la salud, me fuera tan efímera, tan elusiva, tan desconocida. Porque, en principio, eso fue lo que descubrí: que, aunque mi área de especialidad es la psicología clínica, y mi ejercicio profesional me impele al conocimiento de los desórdenes mentales, en realidad conocía muy poco de la depresión como fenómeno concreto, objetivo o subjetivo.



Para resolver estas cuestiones, me propuse empezar por entender qué es depresión en primer lugar, qué se entiende por Trastorno Depresivo y qué definiciones o descripciones utilizan las instituciones de salud mental para detectar y diagnosticar depresión en personas individuales.

Así comencé esta investigación, con el supuesto de que encontraría una definición abierta y clara sobre la depresión y, a partir de ahí, abrir las categorías de las causas que provocaban la misma y de la necesaria exclusión que requerían los términos utilizados en el lenguaje popular. Incluso, llegué a suponer que el problema lo encontraría en la falta de difusión de la información entre los mismos especialistas en salud mental. Y comencé suponiendo que encontraría certezas en otros investigadores y que mi labor consistiría en clarificar un área de conocimiento a la que sólo le falta eso: orden, clarificación y más datos.

Y nada más lejos de la realidad. Ante a mí se abrió un abismo de desconocimiento, medias verdades, abiertas ideologías, sutiles incorrecciones, descaradas mentiras y soterradas simplificaciones.

En palabras simples: No tenemos idea de qué es depresión y no estamos ni cerca de tener claras las causas. Sin embargo, la presunción es la contraria. Los artículos, llamados científicos, sobre trastornos depresivos, se sustentan en el modelo médico de atención; es decir, parten de la premisa de que la depresión – toda depresión – es una enfermedad del organismo individual.

En el mejor de los casos confunden correlaciones con causalidades: las hormonas dopamina y serotonina se co-rre-la-cio-nan con estados depresivos en ratas y sujetos de laboratorio, pero no se ha demostrado que su ausencia o mecanismo de reabsorción cause depresión. Y, sin embargo, esta correlación ha sido suficiente para impulsar una industria, no sólo farmacológica, sino ideológica: depresión es enfermedad, es individual y es orgánica.

En el peor de los casos, se eliminan de los estudios todos los signos de causalidad no orgánica, estableciendo una tendencia con claras consecuencias: sentirse mal, incapaz, confundido, triste, impotente, cansado o aburrido son sólo síntomas indicadores de un

desorden físico que ocurre dentro del individuo, más específicamente, dentro del cerebro del individuo.

Desde esta perspectiva, por tanto, el abordaje debe ser de tipo mecánico, se debe arreglar mecánicamente un mal funcionamiento en el cerebro y cualquier otro abordaje es descartado o menospreciado por miles de especialistas en salud mental alrededor del mundo.

Pero algo no está funcionando. La gente no solamente sigue presentando más síntomas de depresión, sino que, a nivel mundial, aumenta el número de personas que la padecen, en números a niveles epidémico/pandémicos.

¿Podría ser que aquello que es llamado depresión no fuera más que una serie de reacciones ante los avatares de la vida? ¿O la reacción esperable ante la presión social? ¿Podría ser la consecuencia natural de un organismo vivo ante una pérdida, un duelo, una frustración? ¿Y si la depresión no es una enfermedad? Son preguntas cuyas respuestas se tiene encontrar en otros ámbitos, en otras hipótesis, en otras teorías o constructos porque, de facto, son pocos los que, siendo expertos en salud mental, se están haciendo estas preguntas.

De facto, como abordaremos a lo largo de la presente tesis, no tenemos una definición de lo que es depresión. Sin embargo:

- Tenemos 300 millones de personas con Diagnóstico
- Tenemos una legión de medicinas que dicen que la curan (24 productos medicinales químicos, divididos en 5 subtipos, que regulan diferentes neurotransmisores en el cerebro).
- Tenemos a miles de profesionales que la diagnostican y también dicen que la curan.
- Tenemos miles de libros que hablan de ella.
- Tenemos miles de artículos indexados que la investigan.

- Miles de horas en YouTube, documentales, películas, informes y reportajes sobre tema.
- Cada vez más gente dice padecerla.
- Y una cuestión muy importante – tal vez, la más importante – el número de personas que la padecen aumentan exponencialmente año con año.

Tenemos un problema – en realidad 300 millones de problemas.

Y me atrevería a decir (contra todos los informes oficiales) que no sabemos, siquiera, si son 300 millones o 400 o 150 o 20 personas con depresión alrededor del mundo.

## ¿Un tren que va a ninguna parte?

Mientras huyo del abismo  
 Mientras el miedo se enfría  
 Mientras sólo soy yo mismo  
 de cara a la galería  
 León atado a una noria  
 Valiente a toro pasado  
 Fugitivo enamorado  
 Feliz sin pena ni gloria

(Sin pena ni gloria. Joaquín Sabina, 2017)

Por eso, en el transcurso de esta investigación me he visto obligado a modificar el objeto de estudio y por tanto el alcance y las justificaciones:

- De hablar de una entidad que existe –la depresión– pero que es mal interpretada por las instituciones de salud.
- A hablar de una entidad que existe pero que es provocada por la sociedad moderna. Es decir, resultado de las relaciones sociales.
- A hablar de “la posibilidad” de la existencia de una entidad –la depresión– que existe sólo en entornos sociales característicos.

- A dudar de la existencia de dicha entidad.
- A corroborar, que no existe una entidad, sino muchas entidades diferentes y que a todas ellas las enmarcamos en un solo concepto llamado Depresión.
- A corroborar que el concepto (y su discurso) ha sido secuestrado para simplificar y sostener una mal llamada ciencia, la ciencia psicológica. Que no es otra cosa que ideológica.
- A dudar de todo lo anterior y volver a replantearme mi trabajo como psicoterapeuta.

La realidad es que, al día de hoy, no tenemos idea de qué es depresión, qué la provoca y por qué tantas personas la padecen. Y, de hecho, no tenemos tampoco conocimiento ni consenso sobre los llamados trastornos mentales (principalmente porque no tenemos una definición para trastorno y no sabemos cómo funciona la mente – es más; no tenemos un consenso de lo que es la mente). Y eso, nos dispara cada vez más dudas: ¿De dónde vienen esas etiquetas llamadas trastornos/enfermedades mentales? ¿Qué son? ¿Con qué se comen?

Y, si son enfermedades... ¿Tienen cura? Y si no lo son... entonces ¿Qué sí son? ¿Cómo se provocan? ¿Cómo y por qué se desarrollan esos estados alterados/anormales de la conducta?

Pero un dato sigue resaltando entre los demás (tal vez, el más importante):  
Trescientos millones de personas (300 000 000 de personas).

¿Qué está pasando?

¿Son los antidepresivos los que no están funcionando? ¿Se encuentra en los genes? ¿En la fisiología del cerebro? ¿En ciertas predisposiciones individuales? ¿En los recursos personales con los que cada uno cuenta? ¿Es que hay un gen que no hemos descubierto que, por alguna razón, se está activando ahora y no antes?

¿Será que el hipocampo o la amígdala o la corteza prefrontal están disminuyendo de tamaño por la comida o la contaminación? ¿o porque se les antoja?

¿Es acaso una cuestión social donde el sistema (hetero-patriarcal-capitalista) nos está enfermando?

¿Acaso será que los números han crecido porque ahora, a casi todo le llamamos depresión? (que si repruebo un examen... que si terminé con el novio... que si me siento aburrido...)

¿O es que hemos perfeccionado nuestros métodos de diagnóstico y detección de enfermedades mentales y el resultado es que ahora hay más personas detectadas por los sistemas de salud?

Pero estas preguntas todavía no responden a las más importantes... ¿Por qué hay una epidemia real de depresión en el mundo? ¿Por qué los números de la depresión se han disparado? ¿Por qué precisamente en los países industrializados el número es mayor que en los países “sub-desarrollados”? ¿Por qué se presenta más en mujeres que en hombres (en una proporción 2 a 1)?

Demasiadas preguntas y muy pocas respuestas.

Es entonces que decidí ampliar el campo de estudio: de la psicología clínica – que se ha autoimpuesto un techo de cristal en la ciencia médica – a la sociología del individuo, la teoría crítica y la filosofía de lo humano, donde sólo encontré más preguntas, sin embargo, también mejores preguntas.

## 1.1. Empezar a reflexionar desde la vida dañada

Hay que emborracharse, hay que estar siempre borracho.  
Esa es la clave, esa es la única cuestión.  
Para no sentir la horrible carga del Tiempo  
que te rompe los hombros y te inclina hacia el suelo,  
tienen que emborracharse sin tregua.  
¿De qué? De vino, de poesía, de virtud, a su antojo.  
Pero emborráchense.  
Baudelaire. 1862

Benjamin se hace la pregunta más importante: ¿No es el capital un nuevo Dios que otra vez nos hace culpables? (Benjamin, 1996).

Walter Benjamin concibe al capitalismo como una religión. Es el “primer caso de un culto que no es expiatorio sino culpabilizador” (1996). Porque no es posible eximirse de las culpas, al tiempo que no es posible tomar el control de las causas, ni hacerse responsable de los efectos, se perpetúa el estado de falta de libertad: “Una terrible conciencia de culpa que no sabe cómo expiarse, recurre al culto no para expiar la culpa sino para hacerla universal” (Benjamin, 1996).

El capitalismo es lo que ha quedado en pie cuando todas las creencias parecen haber colapsado y sólo se observan consumidores. Un capitalismo que consume todas las narrativas previas, un sistema que pone precio a todas las cosas, sean estas pornografías o iconos religiosos o pensamientos. Todo se vuelve equivalente para el mercado<sup>10</sup>.

Walter Benjamin, habría sido el último de los pensadores modernos en tomar la palabra melancolía en sentido prefreudiano<sup>11</sup>, al relacionar el desencanto y la falta de voluntad del melancólico directamente como el efecto de un desajuste en cuanto a las condiciones simbólicas de lazo social.

Para Benjamin, el romanticismo tardío de Baudelaire – el último de los poetas románticos y el primero de los modernos–, es interpretado como una tentativa de superación del desencanto melancólico causado por el fracaso de las revoluciones, por el desaliento del individuo frente a un tiempo brutal cuya superación ya no se vislumbraría en el horizonte.

El melancólico benjaminiano puede ser entendido como un sujeto que se siente apartado de la dimensión pública del bien, sea porque, a causa del proceso que lo condujo a la definición de su vía individual, él se desadaptó, sea porque la hegemonía de los mandatos éticos y morales estaría migrando a otra instancia de poder.

---

<sup>10</sup> Por sistema, no me refiero solamente a las leyes escritas, sino también a las costumbres, las creencias y valores generalizados, las jerarquías aceptadas, las instituciones establecidas. En fin, todo lo que influye en la forma de pensar y actuar del individuo de una sociedad.

<sup>11</sup> Lo que no implica en el desconocimiento de la obra de Freud, como se puede observar en varios pasajes de su obra, empezando por la reflexión sobre “Más allá del principio del placer”, incluida en los escritos sobre Baudelaire.

Es interesante apuntar que para Walter Benjamin, "...la modernidad es lo que queda menos parecido consigo mismo. Un tiempo que envejece todos los días, pero, por eso mismo, no acaba nunca" (Benjamin, 1996). Es si acaso, una de las visiones más poéticas de la experiencia de millones de personas alrededor del mundo, descrita justo antes de que el modelo médico de atención a la salud mental lo secuestrara y convirtiera al lenguaje técnico de los síntomas y los diagnósticos.

Con estos elementos, se aborda el capítulo: ¿Es la sociedad dañada la que está deprimiendo a sus individuos en aras de sostener al sistema mismo? ¿Existen métodos y técnicas para crear individuos depresivos? y con ello ¿Podremos encontrar, en el discurso de las instituciones de salud, elementos comunes y claves que provean del sistema mismo?

En el presente capítulo se explora cómo el modo de vida que impone el capital ha creado una enfermedad llamada Depresión, a través de qué narrativas y expresiones de forma y fondo que eliminan cualquier alternativa.

Para ello, se parte de tres constelaciones principales:

- 1) La falaz división entre individuo y sociedad crea el hecho concreto de que el malestar social se individúe y aisle de la vida social y, por tanto, el sujeto cargue con éste, volviéndolo propio y haciéndose responsable de ello. Una división entre individuo y sociedad que provoca que el sujeto se asuma como responsable de sus fracasos y desaparezca el carácter social de su condición.
- 2) Cómo el modelo médico – como máxima expresión de la teoría tradicional y de una racionalidad instrumental – busca caracterizar y clasificar a los individuos sociales en normales–anormales, saludables–enfermos y productivos–depresivos. Haciendo que todo sujeto que no cumpla con las expectativas del deber ser que impone el sistema, sea aislado. Castigado, además, en una nueva forma, la de la etiqueta diagnóstica. Así, el sujeto ya no tiene que ser encerrado en instituciones mentales, sino que se aísla a sí mismo, se aparta de lo social, respondiendo al deber ser con la única respuesta que le es posible: *yo no estoy bien*.
- 3) Es la sociedad capitalista la que está enferma – dañada – y, por lo tanto, está enfermando a sus individuos. El capitalismo se nos ha metido hasta dentro de nuestro inconsciente. El capitalismo se deglutió todo. Hasta las expresiones

subconscientes y los deseos pasaron a formar parte de un segmento del mainstream como parte del mercado.

Es decir, exploramos la tesis de que todo el malestar y todo el tratamiento que percibe el individuo en sí y que deviene de la relación social es abordado por el modelo médico como trastorno o enfermedad–individual: que hay que curar. Y curar aquí es el acto para *re-normalizar al sujeto*.

¿Cómo se da el momento en el que el modelo médico de atención a la salud mental se observa inserto y se retroalimenta en el modelo económico del capitalismo?

En el sentido que pertenece a ese sistema y contribuye a posibilitarlo; no sólo porque su existencia posibilita formas de control que permiten al mismo sistema seguir sus proyectos y su dominio, sino porque además comparte su paradigma de lo que es el humano y lo posibilita, dentro de su mismo entorno. Así, por ejemplo, la habitual crítica sobre el carácter injusto del capitalismo es normalmente atacada desde la idea de la naturalización de las circunstancias. Para el pensamiento capitalista, la guerra, la pobreza o el hambre se ven como hechos inevitables. El hecho aquí descrito surge de la misma dinámica: para el sistema y para el modelo médico la depresión es un hecho natural e inevitable.

Para el pensamiento capitalista la salud mental es un problema de carácter natural y no hay ninguna responsabilidad sistémica en ello<sup>12</sup>. Aunque hoy veamos que la depresión es la enfermedad de mayor incidencia en el sistema público de salud y que hay 300 millones de personas alrededor del mundo que dicen padecerla y que, en la práctica, tenga mayor incidencia en los países con capitalismo más agresivos (si es que esta distinción pueda establecerse...). Esta realidad, sin embargo, es negada por el sistema.

Se hace necesario, entonces, entender las razones por las cuales la ansiedad y la depresión representan actualmente las afecciones de mayor crecimiento en las sociedades capitalistas, aunque el sistema siga considerándolos como un problema psicológico de índole privada, puesto que hay un aparato regulador y una corriente de pensamiento que

---

<sup>12</sup> Lo mismo piensa del cambio climático, por ejemplo...



adjudica razones biológicas y químicas a estos trastornos, despejando cualquier idea de politización del fenómeno.

Esta negativa del sistema de hacerse cargo de la creciente problemática psiquiátrica de la sociedad encierra dos claves: la primera, sostenida en el modelo médico individualista del cual se hablará en los siguientes capítulos, que hace responsable a la química cerebral individual de cada persona de estas dolencias y, la segunda, crear un nuevo y enorme mercado de consumo para los laboratorios medicinales y para todo aquel que oferte una cura o un tratamiento (psicólogos y psiquiatras en primera línea, pero seguidos, inmediatamente, por médicos, coaches, publicistas, influencers, escritores y demás gurús de la sanación).

Al mismo tiempo, como actualmente el vínculo narrativo de lo que sucede ha desaparecido y con ello la hilación de causa y efecto. Las personas no pueden establecer relaciones entre su cansancio, su angustia y su impotencia con las estructuras ideológicas, políticas e institucionales creadas por la forma de vida actual que nos impone el capitalismo.

Para una persona que ha sido adoctrinada sobre su propia importancia capital (valga la paradoja) sobre todas las cosas y, sobre todo, sobre los demás individuos (aquí, valga la redundancia), y a la que se le ha enseñado a encontrar culpables individuales (manzanas podridas) incluyéndose a él mismo, el efecto que ejerce sobre él el aplastamiento de un sistema que, al menor movimiento (a la menor anormalidad) le señala y le castiga con un diagnóstico, le pasa desapercibido. Y tanto más este mecanismo ideológico coopta al sujeto, tanto más se adjudica a sí mismo todo el daño, todo el error y toda causa de sus angustias.

El modelo ha ido acorralando a las personas en un individualismo metodológico que entiende que lo único real es el individuo; la familia, lo social y lo político son meras abstracciones. Produciendo a un individuo que busca sus soluciones en sí mismo o en el mercado de consumo individuado y no en la política o el colectivo.

Tal vez no haya prueba mayor de lo aterrador que es este abordaje que el resultado de una sociedad desintegrada con 300 millones de depresivos individuales. Cada uno

pensando que cada uno es el problema. Sólo habría que conectar los efectos con sus causas y encontraremos una sola causa sistémica en todos los casos: el capitalismo.

Así, cuestiones como el déficit de atención, la hiperactividad, la ansiedad y la depresión deben entenderse entonces como una patología, pero, no una patología individual sino social, se trata de una patología del capitalismo.

Sin embargo, el capitalismo se propone como el sistema natural de las cosas, como la única opción posible y por eso mismo rara vez aparece, rara vez se muestra; incluso prefiere no ser nombrado como el aire que no necesita que nadie lo reconozca para existir naturalmente. Tal vez esa precisamente sea la base en la que radica su fuerza y que sostiene al edificio capitalista, que no es nunca nombrado ni responsable de nada<sup>13</sup>.

Por lo mismo, toda la responsabilidad recae en el sujeto individual, lo que ha generado una enorme presión sobre su trabajo, la vida diaria, sus expectativas y sus relaciones sociales.

Así, la asunción de responsabilidad se ha ido internalizando en todos los niveles, en todas las clases sociales y en todos los géneros; para todos, no hay límites de tiempo para el trabajo y no hay volumen de esfuerzo suficientemente grande. El sistema de vida, con sus estructuras y con las estrategias de socialización impuestas por la forma de vida capitalista enferman al individuo y luego el mercado farmacéutico se ocupa de buscarle solución, dejando de lado las razones políticas y sociales de la depresión, de la ansiedad y de la infelicidad, como por ejemplo el cansancio, la desigualdad y el individualismo competitivo.

Sin embargo, por eso mismo, la cultura del rendimiento capitalista le ha buscado “soluciones alternativas” al dolor y al estrés que provoca. Además de la solución medicinal, está la solución terapéutica, el canal de la autoayuda, la búsqueda certera de la felicidad a través de simplemente deconstruirla, mediante el deseo y la voluntad. Este voluntarismo mágico es una especie de ideología de la época, el emprendedurismo psíquico que indica que si no tenemos éxito es porque no hemos hecho lo suficiente para lograrlo.

---

<sup>13</sup> Incluso nos ha convencido que podemos mejorar nuestra posición en la sociedad gracias a nuestro esfuerzo y mediante la educación, una especie de meritocracia del sueño individual y privado, sin ninguna responsabilidad del sistema capitalista, sin ninguna responsabilidad del capitalismo.

Y esto es así porque el sistema de creencias, esta simplificación axiológica, surge del seguimiento de un método y una narrativa, de un discurso. Que no es otro que el discurso que le permite al sistema seguir siendo el único sistema posible. Por eso, por más que muchos de nosotros nos burlemos del lenguaje del marketing, de la gestión y el consumismo, el poder que domina el sistema desde hace décadas ha logrado imponer esta terminología y naturalizado al capitalismo, poniendo en dificultades la construcción de cualquier alternativa. ¿Cabe mejor ejemplo de aquello que decía Nietzsche de que el lenguaje –y las imágenes– no hacen sino ocultar la realidad?

Una nueva hornada de psicólogos ha decretado que la persona inteligente ya no es aquella persona triste y desmoralizada que como una inspectora de trabajo de la vida detectaba los errores, advertía de los riesgos, denunciaba las malas prácticas que se daban y se dan en la empresa del mundo, sino aquella otra que no se fija, que no se percata, que no registra ninguna infracción. ¿Por qué?, ¿a qué se debe este cambio, esta mudanza de estatus? Los adalides del optimismo argumentan que los pesimistas-depresivos carecen de inteligencia emocional, que no saben vivir, y que ser optimista no sólo es bueno, conveniente y sano, sino síntoma de elevada capacidad intelectual.

El capitalismo ha buscado castigar la categoría de valor en el sentido ético y ha colocado en su lugar una axiología de negocios que indica que la sociedad debe administrarse como una empresa. También la humanidad y la existencia.

Todo es una empresa. Entonces, el mundo se ha llenado de empresarios devenidos a expertos en salud mental porque supuestamente tienen la capacidad de administrar sus vidas como sus negocios. Y también de psicólogos y psiquiatras convertidos a empresarios por efecto de este matrimonio de conveniencia entre unos y otros.

En cualquier caso, cada uno se vende al mejor postor y oferta, cada vez mejor, el producto llamado felicidad o el producto llamado éxito. Porque ya la salud (o la

enfermedad) mental tienen valor de mercado o no existen en sí<sup>14</sup>. La salud mental sólo está definida por el éxito y la felicidad, no por la ausencia de enfermedad<sup>15</sup>.

En un sistema en el que todo debe producir ganancias: sea la salud, el sistema educativo o la seguridad social, éstos, terminan siendo considerados gastos y no inversiones sociales. Mientras la salud mental sea objeto de ganancias para los sectores más poderosos, obviamente, todo el discurso narrativo girará alrededor, no sólo de su mera existencia, sino de su natural e irremediable existencia.

Para entenderlo y analizarlo haremos una exploración de tres momentos en los que se encuentra el diagnóstico y tratamiento de la depresión:

- 1) El discurso teórico – normativo – individual, que se tiene hoy en día desde la perspectiva médica. Y cómo ello deriva en métodos de atención que, a su vez, son “farmacráticos” –por tanto, rentables, propicios al consumo– y, en este sentido, capitalizables. Lo fundamental hoy, es la creación de condiciones para que el cuidado y la promoción de la salud mental sean, también, formas de obtener ganancias, a partir de su comercialización.
- 2) La consecuencia: el efecto que surge del primer punto al derivar en los sujetos diagnosticados con depresión como etiqueta:
  - a) El abordaje que ellos mismos hacen para regresar a la realidad social.
  - b) La perspectiva de normalidad (en clave del deber ser) que se asume como responsabilidad individual y que está sujeto al modo capitalista.
- 3) El modelo médico es iatrogénico, lo que significa que tiene lugar cuando el sistema sanitario y de tratamientos ocasiona la enfermedad que está destinada a curar. El individuo, ya asimilado al fenómeno enajenante de la sociedad de consumo, ha sido

---

<sup>14</sup> No hay más bella propuesta ni mejor ejemplo que la hecha por Marcelino Cerejeido en su libro: *Hacia una teoría general sobre los hijos de puta*, del año 2012. Donde propone generar una categoría patológica para los hijos de puta. Sin embargo, él mismo acepta, en el tono de burla que caracteriza a todo el libro, que es una apuesta poco práctica porque es poco redituable.

<sup>15</sup> El análisis del éxito y la felicidad como constructos sociales es explorado en el tercer capítulo.

insertado en el discurso de una psicopatología que ya no lo excluye, sino que lo aliena.

En este sentido, se observa un modelo médico destinado a la salud mental que ha eliminado la capacidad de autodeterminación, no sólo del individuo, sino de todo el colectivo de individuos (su actuar social, su deseo y sus relaciones). Siendo así que ya no puede, aunque quiera, tomar una determinación sobre sí, sin que intervengan las fuerzas de una ciencia médica que decide, mientras tanto, que la depresión es solamente una enfermedad fisiológica con componentes psíquicos; es decir, sólo una enfermedad. Por tanto, un fenómeno al que le demandan exclusividad.

El despliegue de la industria cultural sella este proceso, transformando tan completamente a los sujetos en funciones sociales que estos experimentan su propia deshumanización como algo humano. La agresión psicológica a los individuos, que los lleva a una existencia sin yo (y que la ciencia llama Depresión) es, en todo caso, correlato de una agresión colectiva.

Precisamente, la teoría crítica da cuenta de la decadencia y disolución del individuo humano, que descifra la expansión y despliegue del individualismo moderno como un proceso internamente contradictorio en el que el individuo — ese ser presuntamente libre, capaz de autodeterminación y dueño, por tanto, de sí y de su destino — se ve a un tiempo construido y aniquilado.

En estos términos, se podría decir que el problema de la aniquilación del individuo expresa la determinación de una serie de relaciones sociales que dan lugar a una forma de vida que se refleja en formas patológicas, en estados mentales trastornados, en depresiones y angustias que producen un daño objetivo que opera como base en el anhelo de bienestar.

Y no será completo si no comprendemos la composición ideológica derivada del modelo capitalista y cuyo frente físico no es otro que el diagnóstico y tratamiento que se da a los enfermos mentales desde el modelo médico.

Sin embargo, no pretendemos hacer tampoco un análisis inmanente de la totalidad, sino explorar uno de los rincones más olvidados de la misma: la relación del individuo

consigo mismo, con el otro internalizado y con su ambiente, es decir, con su consciencia e inconsciencia, con su experiencia vital que le es propia y le hace pensarse como individuo.

Y, con ello, explorar el efecto que tiene esta relación, tanto en su actuar social como en su propia búsqueda de bienestar. En este sentido, no posee otra instancia específica que el interés por la supresión de una injusticia social llamada Depresión.

## 1.2. Lágrimas de Mármol. Apuntes sobre el nacimiento de una teoría tradicional: la Psicología.

Comencemos por explorar el modo en que los estudios y tratamientos de las enfermedades mentales, en la actualidad, son llevados a la práctica a partir de la construcción teórica y epistemológica de la ciencia médica, a partir de algunos hechos históricos y contextuales que influyeron en el surgimiento y adscripción (velada o intencional) del estudio de la mente y el comportamiento humano dentro de un modelo concreto y cómo, por ese hecho, se puede relacionar a las ciencias de la salud mental dentro del marco de lo que Horkheimer llama – y critica – teoría tradicional.

Para ello, contrastamos el análisis de la historia de la ciencia moderna de la salud mental en tres autores: Martín-Baró (1998), Ovejero (2003) e Ibáñez (2001), lo que nos permitirá analizar a la teoría psicológica (que enmarca la salud mental), como derivación de una teoría tradicional surgida del positivismo y de la relación social capitalista.

Martín-Baró (1998), menciona que hay, por lo menos, cuatro hechos históricos que marcan el nacimiento de la psicología y las demás ciencias sociales a mediados del siglo XIX: a) La repentina conciencia de una mayor diferencia entre los grupos humanos, b) El surgimiento de una concepción secularizada del ser humano, c) La revolución industrial, d) El desarrollo de una nueva metodología, llamada científica, para acceder al conocimiento.

A estos cuatro, habrá que añadir la aparición y expansión del capitalismo como base de la estructura económico-política y las relaciones sociales que transforma y fragmenta, porque esto determinará la construcción del individuo contemporáneo en el mundo occidental.

Es importante apuntar que Adorno y Horkheimer, en *Dialéctica de la Ilustración* (1998), dan cuenta de la densa complejidad de los procesos que dieron lugar a la modernidad y, además, de cómo esos procesos, y la situación a la que nos han conducido, están marcados por una grave y fundamental ambigüedad: que pueden realizarla, pero también liquidarla.

Para Horkheimer (1998), la racionalidad moderna, la forma de pensar el mundo en la modernidad, nace con el mito. Pues, aun cuando las ideas de la Ilustración se aprontaron para eliminar el mito (y el miedo, diría Adorno (2006)), ésta no hizo más que un acto de sustitución de “los grandes mitos” por otro, el de la ciencia moderna, la tecnología y el progreso. Es, sobre la base de este nuevo mito – el de la razón ilustrada –, en el que surge la psicología como ciencia y donde se sientan las bases del estudio de lo humano.

Es así como se empiezan a reescribir los libros de historia de la psicología y se canonizan a “los padres” de la nueva ciencia. En un intento por negar el carácter ideológico de las propuestas metodológicas y la construcción de la historia, los defensores positivistas de la psicología se dieron a la tarea de crear un modelo oficial en donde la figura de Comte, como fundador del positivismo, encajaba perfectamente y brindaba la oportunidad de un nacimiento para la psicología muy cercano a la ciencia oficial.

El modelo de ciencia a seguir por la psicología era, desde el inicio, el modelo de las ciencias naturales y, dentro de ellas, la del modelo médico. Con lo cual no era necesario preocuparse por cómo hacer ciencia y en qué se debe centrar la atención, sino (como en toda ciencia ilustrada) en no introducir elementos metafísicos o espirituales y eliminar cualquier abstracción histórica de la teoría que puedan condicionar el “preciso” y “objetivo” análisis científico de la realidad.

Sobre este particular, Ibáñez (2001, pág. 43) expone sus críticas hacia la postura positivista en la historia de la psicología:

La psicología nace, según eso, con unos intereses y preocupaciones, con un objeto y con un método, que no se han modificado básicamente a lo largo de la historia.

Igual que sucedía en las ciencias naturales, la psicología en general y la psicología clínica en particular se vieron forzadas a la construcción de un objeto de estudio adecuado para su disertación acorde al método científico. La necesidad de un objeto controlable, experimental, se hizo urgente para que la psicología tuviese un desarrollo semejante a otras ciencias del ser humano, como la medicina.

Así, a grandes rasgos, es como surge el concepto (y el objeto) Mente, que no es más que una derivación o renovación del concepto del Espíritu judeocristiano, que a su vez es herencia griega del concepto platónico del Alma. En concreto, la Mente es una suerte de entidad que vive dentro del individuo y que – y aquí la aportación más importante de Freud – no está regida ni condicionada por una deidad o fuerza sobrenatural, sino por procesos que median entre lo orgánico, lo social y lo inconsciente<sup>16</sup> y que se desarrollan dentro del individuo.

La medicina era el espejo sobre el que se veía reflejada la psicología debido, por una parte y en gran medida, a la efectividad de sus resultados y descubrimientos experimentales y, por la otra, a que la medicina se convirtió en el heredero “ilustrado” del prestigio con el que las figuras de autoridad religiosas habían monopolizado, durante siglos, las determinaciones de lo que estaba bien y lo que estaba mal en las sociedades premodernas. Illich no exageraba cuando decía que la medicina era la nueva religión y los médicos sus sacerdotes (Illich I. , 1987).

Y es que, en la figura del médico se habían actualizado, por una cuestión derivativa, el mandato y el prestigio de dictaminar lo bueno-como-saludable y lo malo-como-enfermo. Amén de que permitieron, precisamente por eso, arrebatarse ese prestigio a las autoridades religiosas.

Esto condujo a los primeros psicólogos a centrar sus esfuerzos en el desarrollo de una psicología experimental que, a pesar de llevar una tendencia social en sus enfoques

---

<sup>16</sup> Como veremos más adelante, el modelo médico eventualmente abandonará los fenómenos del inconsciente y de la relación social para centrar sus investigaciones en la existencia orgánica-biológica de la mente.



conceptuales como la de Wundt<sup>17</sup> o la psicología de las multitudes de Le Bon<sup>18</sup>, partían de un concepto de individuo como unidad análisis y la mente como contenedora de dicha unidad.

Una psicología experimental para la cual, mediante la búsqueda de los procesos mentales superiores en el caso de Wunt o la ley psicológica de la unidad mental de las multitudes en Le Bon, eran los elementos instintivos, funcionales y mecanicistas quienes determinaban la conducta con una significación aplastante sobre factores culturales, ideológicos o sociales.

Este concepto de lo que debería ser la investigación constituye, en parte, la justificación práctica del paradigma positivista para la psicología, orientándole hacia una clara labor ideológica-positiva dentro del panorama científico del siglo XIX buscando cumplir con las demandas de la comunidad científica, demandas que, por su sesgo, son claramente enmarcables en lo que Horkheimer describía como teoría tradicional pero, sobre todo, de ideología capitalista.

En uno y otro casi ese momento de verdad se pervierte en mercancía, la razón (como la religión) se instrumentaliza, la verdad se hace coincidir con el poder y se vende al “progreso abstracto”, al éxito... (Horkheimer, 2010, pág. 41).

Es bajo esta perspectiva, que podemos decir que la ciencia que se hace hoy en día, en el campo del modelo médico de salud mental, que incluye a la psicología y a la psiquiatría, es ciencia capitalista. Por el hecho de que la investigación es o ha sido fruto de unos procesos sociales, culturales e históricos específicos, los cuales, a su vez, son configurados con características particulares debido a su marco socio-histórico de producción<sup>19</sup>. Por tanto, no puede dejar de ser entendida como un área de estudio surgida en el contexto particular del

---

<sup>17</sup> Wunt desarrolla el primer laboratorio de psicología experimental (en Leipzig) en 1879, para a través del método experimental, estudiar la experiencia inmediata y observable (Berrios G. E., 2013).

<sup>18</sup> Médico francés que desarrolló una influyente teoría sobre la psicología de las masas en el siglo XX (Berrios G. E., 2013).

<sup>19</sup> A manera de ejemplo, sería interesante examinar, mediante estudios transculturales, cómo los postulados conductistas de Skinner pueden funcionar en Estados Unidos, donde la individualidad, el egocentrismo y las metas recaen en el presente inmediato, mientras que en otros lugares no tienen la misma efectividad.

capitalismo, debido a que cumple las necesidades y objetivos definidos de acuerdo al contexto socio-político en el cual ésta se pensó.

Sin embargo, si existe un punto en que todos los historiadores de la psicología parecen coincidir, éste es que las ciencias naturales fueron el escaparate de las ciencias psicológicas. Y es apenas, con el surgimiento de la, relativamente reciente, crítica al modelo que se han intentado encontrar los motivos que convirtieron este afán, por semejarse a las ciencias naturales, en uno de los mayores escollos a que se ha enfrentado la psicología en su corta historia.

La mirada crítica (Moreira, Foucault, Szasz, Rose, Martín-Baró entre otros) ha descubierto y sacado a la luz los elementos ideológicos de aquellos primeros psicólogos, que veían en el control de la conducta una oportunidad para que el ser humano y la sociedad fueran más perfecta y feliz, y cuyos postulantes nunca fueron conscientes de ello.

Sin embargo, es probable, también, que esta falta de atención o apreciación hacia aquellos elementos inconscientes, que yacían detrás de las posturas ideológicas que defendía la naciente ciencia de la mente, no se debiera a un descuido sino a la gran cantidad de cambios sociales acaecidos en el siglo XIX y la primera mitad del XX, que hacían muy difícil prestar atención y tener conciencia de todos ellos. Uno de estos grandes cambios lo es, sin duda, la progresión de la sociedad capitalista, la cual será determinante en lo que constituirá el paradigma central de la psicología moderna. Sin embargo, tal como lo dice Horkheimer, no podemos eludir la excusa:

La tarea de la reflexión crítica no es tan sólo comprender los diversos hechos en su evolución histórica —y aun esto implica notablemente más que lo que jamás hubiera soñado la escolástica positivista—, sino también captar el concepto del hecho mismo, en su evolución y con ello en su relatividad (Horkheimer, 2010, pág. 107).

Y, precisamente por eso, no podemos soslayar que la ciencia psicológica contiene, en su esencia, problemas coyunturales profundos. Tal como lo menciona Martín-Baró (1998, pág. 67):

La psicología, presentada como ciencia natural a desarrollar según el modelo positivista de la ciencia, además de los problemas obvios que implican un discurso distorsionado sobre el hombre como objeto de estudio, presenta sorprendentes anacronismos epistemológicos.

También se debe insistir en que el desarrollo científico de la psicología actual y sus derivaciones prácticas no se corresponde con las promesas hechas por el paradigma positivista; por el contrario, por un lado, su contribución real al control y predicción de la conducta es en verdad escasa y, por el otro, se debe señalar la escasa o nula capacidad que ha tenido el modelo médico de atención a la salud mental para propiciar precisamente eso, salud, o en cualquier caso, evitar o eliminar el sufrimiento de millones de personas alrededor del mundo.

Cabría entonces preguntarse: ¿por qué la imagen positivista de las ciencias sociales sigue siendo la dominante, a pesar de sus inadecuaciones como filosofía de la ciencia, sus diferencias con la física (que toma como modelo de la ciencia) y sus mínimas contribuciones a la práctica psicológica? Y, en el mismo sentido: ¿Por qué ha triunfado el modelo tradicional de la psicología sobre una crítica que parece indispensable?

Como acertadamente lo plantea Kvale (1992, pág. 142):

[...] el paradigma positivista que postula como una ciencia natural, inspirada en la experimentación física, cuyos objetivos son puramente científicos, políticamente neutros y centrados en el control y predicción de la conducta humana, como única forma de hacer de la psicología una ciencia moderna, no es más que una cortina de humo, un pretexto para encubrir el paradigma central: la sociedad capitalista tecnológica, o sea, tecnología y capitalismo, tal como se visualizan en los procesos de producción y trabajo.

Y, también, aun cuando todavía no se exponga una respuesta concreta, debemos tomar en cuenta a apreciación de Horkheimer (2010, pág. 56) respecto a ésta “hipótesis”:

La afirmación de que el principio positivista tiene más afinidad con las ideas humanistas de libertad y justicia que otras filosofías, es un

error casi tan grave como la presunción similar de los tomistas. Muchos representantes del positivismo moderno trabajan en favor de la realización de tales ideas. Pero precisamente su amor a la libertad parecería fortificar su hostilidad contra su vehículo, el pensar teórico. Identifican científicismo con intereses de la humanidad. No obstante, la apariencia e incluso la tesis de una doctrina rara vez dan indicios claros acerca del papel que cumple en la sociedad.

La coincidencia temporal de la consolidación del capitalismo y las ciencias de la mente, entre ellas, principalmente la psicología, hacen inevitable su influencia ideológica, que se verá incrementada en la medida en que la ciencia sea incluida dentro de la organización social de trabajo.

Ello implica que la psicología, de modo más o menos previsible, es una psicología inserta en el modo de vida capitalista, porque no existió en otra época que no fuera la dominada por el capitalismo y porque se sustenta en las relaciones sociales que establece el propio modo. Aún en aquellos países denominados no capitalistas, como fue el caso de la U.R.R.S., no llegó a forjarse una psicología no capitalista, debido a que el pensamiento estaba sujeto a la ortodoxia del partido que señalaba las directrices de la ciencia oficial y buscaba una especie de alter ego al capitalismo y no una "ciencia libre". Aunque en estos países, como señala Munné (en Ibáñez, 2001), se llegará a configurar una psicología social con rasgos propios.

Pero en todo caso, el acercamiento que se tuvo a los llamados trastornos mentales que surge en Europa en la segunda mitad del siglo XIX no tiene el claro perfil del modelo actual de tratamiento de enfermedades mentales. Pues el primero surge en un contexto de lucha social, civil y nacional, mientras que el segundo florece en el capitalismo tardío y la subsunción cultural a éste.

Polémica de la que surgirán una serie de ciencias sociales con tres rémoras cruciales que no dejarán, hasta el día de hoy, de influir profundamente en las ciencias sociales y en particular en la psicología:

[...] la ruptura entre ciencia y filosofía, en primer lugar; la ruptura de “la” ciencia social en un mosaico de disciplinas específicas y separadas, en segundo; y en tercer lugar, la institución de la historia como una disciplina exterior a las demás ciencias sociales, cuando en realidad es el material con que ellas se construyen (Ibáñez, 2001, pág. 44).

Estos tres escollos marcarán el desarrollo de la psicología hacia una especialización cada vez más alejada de sus otras disciplinas hermanas. Nacen así los apellidos de la psicología: primero, clínica, social, laboral, educativa, etc., y después, psicoanalítica, conductista, gestáltica, etc. El progreso de la psicología como ciencia le condujo su fragmentación en distintas subespecialidades, en un progreso idealizado por un pensamiento sin marcha atrás frente a la cara oculta del positivismo.

La desvinculación y el propio desarrollo de las distintas ciencias psicológicas llevaron a pensar que el vínculo con otras áreas de conocimiento u otras psicologías (como la social) constituían una contrariedad en su propia evolución. Por este motivo, no resulta extraño todavía hoy encontrar psicólogos clínicos (especialmente si llevan una bata blanca) que consideran a los psicólogos sociales o a los sociólogos como enemigos de competencias, y viceversa. Esta absurda separación llevó, en palabras de Yela, a que:

La falta de confrontación de cada teoría con los problemas que no es capaz de explicar, el no reconocimiento de su carácter parcial, incluso cuando su valor está de momento confirmado en algún campo o aspecto, lleva a la digresión de la ciencia psicológica en doctrinas y parcelas inconexas y en las innumerables micro-teorías que inundan la bibliografía psicológica actual (en Ibáñez, 2001 pag. 21) .

La psicología hizo lo que se podía esperar de ella, teniendo en cuenta que su modelo de ciencia eran las ciencias naturales. Se fragmentó en subespecialidades en busca de una mayor efectividad de intervención.

De esta manera, se reproducen aquellas características iniciales que Kuhn (2019) advertía en las nuevas ciencias ante la falta de consenso y de un paradigma (en este caso un

paradigma propio). En el inicio las nuevas ciencias se valen de una metafísica externa, por otra ciencia o por incidentes personales o históricos para especificar qué es su quehacer.

[...] no es extraño que, en las primeras etapas del desarrollo de cualquier ciencia, diferentes hombres, ante la misma gama de fenómenos [...] los describan y los interpreten de modos diferentes. Lo que es sorprendente, y quizá también único en este grado en los campos que llamamos ciencia, es que esas divergencias iniciales puedan llegar a desaparecer en gran parte alguna vez (Kuhn, 2019, pág. 43).

En la psicología clínica, la falta del paradigma, o de los paradigmas propios, le originó uno de sus grandes escollos: la búsqueda de diferentes explicaciones y puntos de vista desconectados unos de otros como si de diferentes objetos de estudio se tratase. Esta postura científica tendrá su secuela en la creación de nuevas especialidades.

En ese mismo sentido, Nestor Braunstein (2013) menciona cómo los miembros de un paradigma van adquiriendo conciencia de grupo, y son vistos por lo demás miembros como parte de tal grupo, gracias a la utilización de lenguajes específicos a cada paradigma.

A través del lenguaje se crea conciencia de grupo que va separando y dividiendo a los miembros de un paradigma de los de otro. En esta circunstancia, tiene lugar una situación, al menos en principio, paradójica. A partir de la crisis de auto-conciencia de la psicología en general, como ya se mencionó, surgen nuevas psicologías como la psicología social, la psicología comunitaria, la psicología política, la psicología jurídica, la psicología laboral, que, en lugar de dar la impresión de crisis, dan la sensación de progreso para la psicología, porque aparenta crecer y ampliar su campo de estudio.

Los psicólogos se tratan como disidentes unos a otros dependiendo de la tendencia o la especialización que se tenga. Dando paso, así, a un nuevo problema de dogmatismo que sólo conduce a la parcelación del saber psicosociológico, y con ello a pérdida de poder explicativo o comprensivo.

Por ello, no podemos entender la psicología, su nacimiento y desarrollo, al margen del nacimiento y desarrollo de la teoría tradicional descrita por Horkheimer y, con ello, al

margen del capital y de sus características. Así como tampoco podemos pasar página y olvidar los errores cometidos, si estos son parte de la esencia epistemológica de las ciencias de la salud mental y del contexto donde tienen que intervenir.

Para Adorno y Horkheimer, el principal presupuesto se puede enunciar así: lo que se está viviendo es una crisis de la ciencia, y como la ciencia es la expresión por antonomasia de la razón en nuestra época, por extensión, se trata de una crisis de la razón.

Esto es: los conceptos sociales tratan de dar cuenta de la realidad y categorizarla para explicar la totalidad social, sin embargo, para la teoría crítica, estos conceptos cambian, o deberían hacerlo, a partir de la transformación de la sociedad misma. Son contruidos por la praxis social y no a la inversa: no existen de antemano.

Siguiendo las principales líneas del pensamiento de Horkheimer, es en la autoconsciencia donde cada ciencia tiene que hacer crítica. Esto es, sostener un pensamiento científico que realmente tenga en cuenta las necesidades de las mayorías, los intereses que entran en juego en su actividad científica e intente construir una ciencia de lo real sin abstraerse como objetivo principal en magnas abstracciones teóricas de la realidad.

La crítica es, en este sentido, un útil instrumento contra la alienación a que nos pueden conducir la ideología fragmentaria y la acción científica descontextualizada, pretendidamente aséptica, objetiva y con mero sentido instrumental.

### 1.3. Peor para el Sol. La perturbación se individualiza.

El encadenamiento de la vida al proceso de la producción impone a cada cual de forma humillante un aislamiento y una soledad que nos inclinamos a tener por cosa de nuestra independiente elección (Adorno T. , 2006).

Horkheimer reconoce que se vuelve carga individual lo que, en realidad, corresponde a la propia carga social de la que los sujetos forman parte. Se establece una transmutación entre

causa y efecto: aquello que aparece como causa (las decisiones de los individuos), no son sino efectos de la propia construcción social.

En la edad industrial la idea del interés egoísta fue ganando paulatinamente supremacía absoluta y terminó por sofocar a los otros motivos, antaño considerados fundamentales para el funcionamiento de la sociedad; esta actitud prevaleció en las principales escuelas del pensamiento y, durante el período liberal, también en la conciencia pública. Pero el mismo proceso reveló las contradicciones entre la teoría del interés egoísta y la idea de nación (Horkheimer, 2010, pág. 18).

Sin embargo, esta transmutación ha de servir para construir la concepción del individuo dañado, incapaz él mismo de tomar decisiones individuales que respondan al constructo social del que forma parte y que, al no hacerlo, es el único responsable del daño, fracaso y/o enfermedad que él mismo se ha infringido, desapareciendo así la causalidad de la construcción social y haciéndola aparecer como fenómeno individual. Hay pues, una fetichización del fenómeno social transmutado en individual.

Para comprender esto en la línea crítica de la teoría tradicional, es importante comprender que el pensamiento de Horkheimer se decanta por lo universal (Muñoz 2010). Sí Marx había interpretado la lectura de la modernidad como un proceso de progresiva cosificación, que sin embargo debía ser salvado por la conciencia proletaria, Horkheimer, junto con Adorno, cierran el círculo radicalizando y universalizando la cosificación hasta la propia subjetividad, sin dejar resquicio apenas libre para la acción autónoma.

Quien quiera conocer la verdad sobre la vida inmediata tendrá que estudiar su forma alienada, los poderes objetivos que determinan la existencia individual hasta en sus zonas más ocultas (Adorno T. , 2006, pág. 5).

Es en esta forma alienada de la vida inmediata donde Adorno encuentra – hasta en sus más mínimos aspectos – la cosificación de la subjetividad como objeto de crítica social. Lo que dice es que también la existencia individual está traspasada por la cosificación y se revela bajo la implacable lógica del dominio.



Sin embargo, en la misma línea, Adorno y Horkheimer reconocen que el principio de la individualidad ha sido contradictorio desde el comienzo. Ante todo, no se ha llegado jamás a una verdadera individuación (1998). Por eso insisten en la pseudo-individuación o la pseudo-individualidad como categorías presentes en la sociedad burguesa.

Al mismo tiempo, la sociedad burguesa también ha desarrollado en su curso al individuo [...]. Pero semejante progreso de individuación se ha producido a costa de la individualidad en cuyo nombre se llevaba a cabo, y no ha dejado de ella más que la decisión de perseguir siempre y sólo el propio fin (Horkheimer & Adorno, 1998, pág. 72).

Jacobo Muñoz (2010) en su texto introductorio de la traducción al español del libro *Crítica de la razón Instrumental*, también destaca la decadencia y disolución del individuo humano: (...) al descifrar la expansión y despliegue del individualismo moderno como un proceso internamente contradictorio en el que el individuo —ese ser presuntamente libre, capaz de autodeterminación y dueño, por tanto, de sí y de su destino— se ve a un tiempo construido y aniquilado (Muñoz, en Horkheimer, 2010).

Las bases materiales de esta aniquilación, que en palabras de Adorno reduce al individuo a la pasividad, el gregarismo, la mediocridad, la autorreclusión y, en definitiva, la angustia (Adorno T. , 2006), han de ser localizadas en la complejidad creciente de las formas organizativas dominantes en la economía y el Estado, la burocratización asfixiante y acelerada del mundo, (y) el paulatino sometimiento de todos y cada uno de los aspectos de nuestras vidas al primado del cálculo racional y de la norma (Horkheimer, 2010), como un despliegue de la instrumentalización de la razón al que se someten, no sólo las interacciones sociales, sino cualquier forma de consciencia del individuo.

También, en la misma línea, en *Dialéctica de la Ilustración* (1998), Adorno y Horkheimer dan cuenta de la disolución del perfil del sujeto individual que había sido constituido en el espacio civil moderno, elevado a concepto en los sistemas filosóficos de la edad clásica y situado como fundamento de legitimación de los órdenes políticos del liberalismo burgués.

Las capacidades y aptitudes subjetivas esenciales de este concepto sufren un proceso de merma o destrucción, que se hace concreto en los siguientes rasgos: debilitamiento de la autoconsciencia del individuo, pérdida de su capacidad de auto-determinación, imposibilidad de constitución de sentido para su vida y restricción de su capacidad de experiencia (Horkheimer & Adorno, 1998). Esta determinación, no se aleja mucho de la declaración que Foucault estableció por la misma época, desde otro paradigma – con otra genealogía – al decir: El hombre ha muerto.<sup>20</sup> Y mucho menos se aleja, como analizamos en los anteriores capítulos, de lo que hoy es considerado como la “enfermedad de la depresión”.

¿Podemos hablar entonces de una individualidad completa? ¿Se ha logrado la individuación hasta en sus más mínimos aspectos? Y ¿este hecho fortalece o debilita al sujeto individual ante su propia existencia en la propia vida?

Para Adorno y Horkheimer, la convergencia de la racionalización económica (subordinada a las exigencias del proceso de acumulación del capital) y la racionalización política, administrativa y social produciría un creciente control psicológico y social, así como la intensificación del poder de integración social y la hegemonía de una razón restringida al cálculo estratégico de la relación medios-fines.

Esto es, el proceso en el que se anticipan los rasgos de la sociedad totalmente administrada, central en la teoría de Adorno y Horkheimer, liga el destino del individuo a las alteraciones del espacio social. Lo específico de la modernidad es que:

Ningún hombre sin excepción puede ya determinar él mismo su vida con un sentido tan transparente como el que antaño tenía a la estimación de las relaciones de mercado (Adorno T. , 2006, pág. 18)

Lo que convierte a todos, incluso a aquellos que no son conscientes o que se perciben *por-encima-de*, en objetos, no en individuos, sino en cosas con valor de mercado.

---

<sup>20</sup> Debido a la importancia que tiene la teoría de Foucault en la conceptualización histórica (genealógica) de la enfermedad mental, se explorará su crítica en éste y en los siguientes capítulos. Debatiremos también las evidentes diferencias que tiene con la teoría crítica de la escuela de Frankfurt.

Adorno (1998) aclara que la nueva forma social reduce a los hombres a simples seres genéricos, iguales entre sí, por aislamiento en la colectividad coactivamente dirigida, y la idea de la vida humana como “unidad de la historia de un hombre” es vencida por la fragmentación de la experiencia y la supresión de la capacidad de creación de sentido.

Para Adorno (1998), el despliegue de la industria cultural sella este proceso, transformando tan completamente a los sujetos en funciones sociales que estos experimentan su propia deshumanización como algo humano.

Parafraseando a Adorno, la imposibilidad de una verdadera individuación psicológica de los sujetos, que les lleva a una existencia sin yo es, en todo caso, correlato de una imposibilidad colectiva<sup>21</sup>.

Es importante destacar que la idea de la muerte (o merma o destrucción) del sujeto individual se formula en conexión directa con un diagnóstico social determinado: las modificaciones en la naturaleza del capitalismo. De hecho, en *Dialéctica de la Ilustración*, Adorno establece que:

(...) el aumento de la productividad económica, que por un lado crea las condiciones para un mundo más justo, procura, por otro, al aparato técnico y a los grupos sociales que disponen de él una inmensa superioridad sobre el resto de la población: el individuo es anulado por completo frente a los poderes económicos (Horkheimer & Adorno, 1998, pág. 54).

Y en *Minima Moralia* (2006), Adorno expone que, al haber perdido su «existencia económicamente independiente», el carácter del individuo entra en contradicción con su papel social objetivo: ello lo vuelve una simple «pieza de exposición, como los fetos que antaño suscitaban el asombro o la risa de los niños».

Entonces ¿Cuáles son sus consecuencias?

Como se expuso al inicio de este apartado, la contradicción entre la individuación, como objetivo de emancipación, y la experiencia de ser individual en la sociedad moderna,

---

<sup>21</sup> La debilidad del yo puede comprenderse así, como el correlato de la impotencia real del sujeto frente a los poderes institucionales y el avance de la organización (Horkheimer & Adorno, 1998).

se da cuando se vuelve carga individual lo que, en realidad, corresponde a la propia carga social de la que los sujetos forman parte.

El individuo se ve forzado a tomar responsabilidad por todas y cada una de las experiencias que le presenta la sociedad misma, siendo, al mismo tiempo, el único responsable del daño, fracaso y/o enfermedad que él mismo se ha infringido, desapareciendo así la causalidad de la construcción social y haciéndola aparecer como fenómeno individual.

La contradicción se observa en que al individuo se le merma o elimina cualquier intento de ser, él mismo, un ente autónomo de acción, decisión y pensamiento, pues corre el riesgo de ser tachado como anormal o enfermo.

Es decir que, además sí tiene, sin embargo, el deber de cargar individualmente con tal imposibilidad. Esto es, es depositario de todas las contradicciones e injusticias que impone la sociedad y que se expanden en su forma capitalista.

La “psicodinámica”<sup>22</sup> es la reproducción de conflictos sociales en el individuo, pero no de tal modo que se limitara a copiar las tensiones sociales actuales, sino que desarrolla también, al existir como algo impermeable a la sociedad y escindido de ella, una vez más la patogénesis de una totalidad social a partir de sí misma, sobre la que asimismo impera la maldición de la fragmentación (Adorno, 2004, pág. 32).

El individuo será así responsable de su vida dañada, y la sociedad o el proceso social en el cual se encuentre podrá señalarlo a él como individuo dañado, enfermo o anormal. El sistema, de ideología capitalista, declara: “la sociedad no está enferma, así es y así debe ser... si no puedes con eso, el problema eres tú (el subtexto dice: ya no te segregaremos, como antaño... te etiquetaremos – o mejor aún, te auto-diagnosticarás – como enfermo, para después, venderte la forma de ser normal y feliz de nuevo)”. Es así

---

<sup>22</sup> Adorno hace referencia a la psicodinámica Freudiana como única técnica para el tratamiento de las dolencias psicológicas, debido, tal vez – y aquí no queda más que arriesgarse – al poco conocimiento de otras alternativas. Aquí se entiende y se extiende su análisis y crítica a cualquier rama de la psicología que se encarga del tratamiento de los malestares psicológicos.

como una teoría tradicional, el modelo médico antes descrito, crea al sujeto enfermo. Para lograrlo, el individuo debe creer en la patria potestad del modelo médico para decretar lo que es saludable y lo enfermo, lo que es normal y anormal, lo que es mejor.

#### 1.4. Pacto entre Caballeros. El discurso de la enfermedad que constituye al ser social

Sólo sé que algunas veces  
Cuando menos te lo esperas  
El diablo va y se pone de tu parte  
(Pacto entre caballeros. Sabina 1999)

Se hace indispensable, para explorar las categorías que se utilizan hoy en día para definir y diagnosticar depresión, abordar aquellas presentes en la exploración de lo que es y no es enfermedad. Es decir, en el concepto de enfermedad, dentro del constructo y del discurso social, pues es en éste y no en ningún otro, donde se asienta lo que hoy es conocido como depresión, y es aquí donde se instalan los individuos una vez que han sido localizados por el modelo médico de atención vigente.

Para ello, debemos tomar, como primera referencia, que la concepción de lo que es salud y enfermedad ha sido modificado con el paso de los siglos y a que dichos conceptos están íntimamente ligados a la percepción que, según el transcurrir histórico y social, se tiene respecto a ellos (Foucault M. , 2014).

A grandes rasgos, la historia del concepto de enfermedad se puede localizar en cuatro etapas que se dan entre la antigua Grecia y la medicina moderna. El primero es cuando el pensamiento filosófico nacido en la antigua Grecia incorpora la paradigmática ruptura con la medicina mágica. La enfermedad deja de ser un fenómeno sobrenatural ajeno al individuo para transformarse en un proceso cuyos orígenes hay que buscar en el organismo o en su entorno.

La ruptura paradigmática empieza con Empédocles con su teoría de los cuatro elementos (tierra, agua, aire y fuego), pero es Hipócrates quien presenta la teoría de los

temperamentos y describe la enfermedad como un hecho físico, es decir, como un fenómeno natural en el cual el ser humano tiene una cierta participación.

Por su parte, Galeano, considerado el padre de la medicina, retoma las ideas hipocráticas y considera a la salud como un estado de equilibrio de la naturaleza, del organismo y de sus funciones.<sup>23</sup>

En la edad media, se abandona, de nuevo, el concepto de enfermedad como hecho físico ambiental y se le vuelve a dimensionar como un estado de origen espiritual, donde la enfermedad sería el resultado de una lucha entre el bien (dios) y el mal (el diablo). Siendo cualquier síntoma efecto de la victoria del mal sobre el cuerpo. La enfermedad es un castigo divino por esta maldad.

Durante el Renacimiento, el humanismo retoma el pensamiento de los griegos y los médicos comienzan a explorar el cuerpo. Durante este período, la medicina incorpora la razón, la lógica y la metodología, pero permanece aún bajo la influencia de construcciones intelectuales y religiosas puramente arbitrarias.

“El procedimiento para curar al rey, en vez de seguir un modelo experimental riguroso, consistía en un juego de oratoria e influencia social entre los médicos reales. Así determinaban si el rey necesitaba sangrías, purgas, ventosas o todo al mismo tiempo (...) estar de acuerdo (con los designios de Dios, con los astros y con los otros médicos) era una estrategia mucho más segura que disentir frente al rey, especialmente en caso de que su diagnóstico fallara” (Paris, 2009, pág. 163).

La medicina moderna nace con la Ilustración, rompiendo con las supersticiones de siglos pasados y se desarrolla gracias al apoyo de las ciencias experimentales, especialmente las ciencias naturales, cuya finalidad es la de descubrir el mecanismo único y universal de toda

---

<sup>23</sup> “El estado fisiológico normal supone el equilibrio de cuatro elementos, cuatro humores, nueve cualidades, tres espíritus, tres facultades, dos operaciones y cuatro miembros, a los cuales es necesario agregar la edad y el sexo”. (Calderón, 1996)

patología. Este nuevo enfoque de la enfermedad permite centrarse en el órgano, por lo que el interés se desplaza de la enfermedad hacia el cuerpo, a la deficiencia, a la lesión, así como de lo subjetivo a lo objetivo, estableciéndose de esta forma las bases de una ciencia médica cuyo objeto de estudio será el cuerpo en su dimensión física y psíquica.

Dicho enfoque utiliza la estadística para analizar y comparar las observaciones. Esta no sólo le permite definir lo normal y lo patológico, sino también una cierta arbitrariedad en la fijación de los límites de normalidad<sup>24</sup>. Por lo tanto, muchas personas serán etiquetadas como enfermas debido a una definición más amplia o a un límite más bajo de la normalidad, según se prefiera o según le convenga al sistema social vigente.

Esto ha permitido el surgimiento de una práctica médica que se inscribe en la lógica de la Teoría tradicional, y que representa, de acuerdo con La Rosa (2009) alrededor del 75% de actos médicos a nivel mundial, donde la enfermedad es concebida, en primer lugar, como una realidad física, que la transforma en objeto de estudio de orden biológico, escapando de esta forma a los análisis de orden social, cultural y medioambiental (con los cuales, sin embargo, se encuentra en constante interacción). Y, en segundo lugar, una medicina que ofrece una visión total del hombre que permite integrar a la enfermedad en la vida cotidiana y en la sociedad, puesto que la misma está condicionada a los estándares que el sistema social imponga de acuerdo a sus necesidades (necesidades del sistema, no del conjunto social) a través de sus instituciones, agentes y políticas.

Lo que se entiende por enfermedad, en la actualidad se ha estandarizado a la definición que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace algunos años y que identifica, velada o disimuladamente, a la salud con la normalidad, con la felicidad y con la productividad.

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de lesión o enfermedad (OMS, 2018).

---

<sup>24</sup> La medicina se erige como el único lugar de producción de normalidad.

La definición puede ser célebre, (hay que decirlo, se oye muy bien) pero es condescendiente con la ambigüedad y, como veremos, permite la influencia de las fuerzas del mercado.

La salud sería un fenómeno psicológico, social y cultural que supera los aspectos biológico-médicos para situarse en un entorno más amplio. Tan amplio que, extensos sectores de la sociedad actual podrían no atestiguarlo salvo en muy limitadas circunstancias. El sistema no lo permite, incluso lo impide, pero lo vende.

Las verdaderas víctimas de ese proceso han sido “los de abajo” “las masas reprimidas”. A éstos no alcanzó realmente la civilización porque para ellos ésta no ha significado sino coacción, pobreza y sumisión” (Horkheimer, 2010, pág. 95).

Con esta perspectiva, bajo la lupa de tal definición, y dado que la felicidad, como ya veremos más adelante, es una cuestión circunscrita al dominio del capital, es muy probable que todos los individuos, en amplias etapas de su vida, sean descritos como enfermos. Cabe aquí hacer, entonces, una pregunta: ¿están enfermos todos aquellos que no perciben en sí un-estado-completo de bienestar físico, mental y social?

De acuerdo con el modelo de salud vigente, la respuesta es sí. El modelo impone que todos aquellos individuos anormales (física y psíquicamente), inadaptados, infelices e improductivos, deben ser etiquetados (diagnosticados) con alguna enfermedad. Y con esto, se hace notorio que la sociedad ha trasladado al campo médico problemas inherentes a la realidad subjetiva y social de sus individuos, y “la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en un factor patógeno predominante” (Illich 1999).

La enfermedad ya ha dejado de ser patrimonio de los enfermos y se ha infiltrado en ese constructo que entendemos como aquello que "interfiere en el funcionamiento cotidiano" y ahí cabe cualquier circunstancia (Rosa E. L., 2011, pág. 88).



Surge así algo que varios autores (De la Mata, Ortíz, Orueta y Santos, etc.) llaman “paradoja de la salud”, ya que se pueden observar referencias estadísticas que indican que existe un aumento del número de enfermedades y enfermos, a la vez que mejora el nivel de salud de la población (Semergen, 2005).

Esto es, ante una mayor situación objetiva de salud, más son los problemas de salud declarados y, a más recursos empleados en salud, mayor es la proporción de personas que se sienten enfermas. Eso apunta a que en la actualidad se pueda considerar que “una persona sana es solamente un enfermo sin identificar” (Orueta, C. Santos, E. González, & G. Alejandre, 2011).

¿Cómo hemos llegado a ese punto? Pero sobre todo ¿Es cierto que toda persona está enferma “hasta que demuestre lo contrario”? La respuesta inmediata se puede conjeturar en las relaciones de consumo y producción capitalista: el individuo enfermo rentabiliza el mercado de tratamientos y medicamentos como casi ninguna otra empresa de consumo<sup>25</sup>.

Sin embargo, en la estela de Horkheimer y Adorno, si queremos comprender los poderes objetivos que determinan a la enfermedad individual (y a la enfermedad mental en particular), se deben explorar las subjetivaciones y las construcciones ideológicas entre las condiciones sociales e históricas en las que ocurre dicha construcción. Es decir, cómo se construye al sujeto enfermo en la concreta subjetividad del individuo en la actualidad.

Illich (1975) afirma que, en cada sociedad, existen instancias que definen lo que es normal, propio o deseable, siendo la medicina, en el lugar de la ley o la religión, la instancia que más poder ha adquirido en los últimos años<sup>26</sup>. Illich enfatiza que, en la actualidad, es la autoridad de los profesionales sanitarios la que establece los límites de lo

---

<sup>25</sup> “Este sector se ha convertido en uno de los más influyentes y rentables en el mundo, y datos estadísticos reflejan que se encuentra en permanente aumento con ventas que superan un aproximado de 170 mil millones de dólares en todo el mundo”. Fuente: BBC News. Cómo las farmacéuticas ganan más que los bancos (6 de Noviembre de 2014).

<sup>26</sup> La crítica del sistema de salud actual y del concepto de enfermedad está ligada al nombre de Illich y la publicación de su obra *Némesis Médica* (Illich, 1975), donde afirmaba: La medicina institucionalizada amenaza la salud.

normal y cataloga como desviaciones conductas poco convencionales dentro de la sociedad, calificándolas de enfermedades.

No se puede negar que el modelo médico vigente ha funcionado muy bien en tratamientos de enfermedades como las infectocontagiosas (por virus, bacteria o parásito), o la soriasis, el cáncer o la diabetes, y que hay probada efectividad en el tratamiento de accidentes o deformidades individuales tales como fracturas, esguinces y cardiopatías.

La instrumentalización del cuerpo y el reduccionismo biológico permitieron, en un primer momento, el desarrollo de descubrimientos y cambios técnicos sin precedentes en medicina. A la vez que las definiciones estadísticas de normalidad en torno a parámetros biológicos y fisiológicos han permitido el diagnóstico diferencial de múltiples dolencias antes desconocidas y mucho menos tratadas.

No se puede negar que la práctica médica aporta con frecuencia una respuesta eficaz al sufrimiento y a las necesidades de los pacientes. Sin embargo, no por esto se puede soslayar o dejar de criticar la lógica del modelo actual que no delimita su propio campo, que ha ampliado el número de enfermedades y de enfermos hasta abarcar la casi totalidad de la población, y que no toma en cuenta al individuo enfermo en interacción con su entorno.

Las consecuencias del paradigma vigente son más fácilmente observables en el tratamiento de las enfermedades mentales, pero no se reducen ni son exclusivos a éste. Según M. Lores Arnaiz (1986), las consecuencias de mayor impacto en el individuo y en el conjunto social que son el sino de la salud y la enfermedad del paradigma son:

- Se pone en tela de juicio las capacidades de adaptación y de autocuración del organismo, limitando la reflexión sobre la influencia que tienen para la salud las diversas formas de vida y cultura, y sobre la posible enfermedad del todo.
- Considera a la salud y a la enfermedad como algo individual, sin tener en cuenta a la familia, a la comunidad o al sistema social.

- Asume que la restauración de la salud es un monopolio de las instituciones técnicas de la medicina, y que su veredicto pertenece a los profesionales competente, impidiendo la idea de un abordaje social de los problemas y de sus condiciones.
- Reivindica y defiende la estandarización de las enfermedades
- Se interesa y ataca sobre todo a los síntomas, y lo hace principalmente a través de medios químicos o mecánicos, priorizando la idea de una vida aliviada por remedios omnipresentes.
- En su afán de medir y cuantificar, confunde avance con incremento estadístico, tecnología con profesionalización, bienestar con incremento de camas, agentes físicos, servicios; nublando la visión y el pensamiento en relación con la crueldad y humillación que pueden imponer los medios que utiliza, y sin reparar en las relaciones de intercambio y comunicación entre los agentes de salud y sus receptores.
- Lleva a priorizar y focalizar la formación de los profesionales de la salud en los aspectos científicos y tecnológicos, dejando de lado el estudio y la comprensión de los fenómenos psicológicos y sociales.
- Los profesionales de la salud, en su trabajo cotidiano, podrán recibir apoyo técnico, pero no habrá para ellos comprensión o contención alguna; su enfrentamiento diario con la angustia, el dolor y la muerte deberán hacerlo solos, con el peligro de encontrar en el bloqueo y en la negación las únicas salidas, desde el momento en que este paradigma niega sencillamente la existencia de esos problemas (Arnaiz, 1986).

Estas consecuencias son “la marca de la casa” de los tratamientos del modelo médico hacia las enfermedades mentales. Modelo que, sin embargo, ha colapsado y se ha mostrado obsoleto en la práctica como en su discurso, en tanto que no son, en su mayoría, ni enfermedades, ni daños intrínsecos de la mentalidad del individuo, sino reacciones adaptativas a la sociedad y el entorno.

Parafraseando el inicio del presente apartado, el concepto social que determina a la enfermedad en general, y a la enfermedad mental en particular, han adoptado el modelo médico de salud-enfermedad – y se presume – como ciencia dura, exclusivamente

biológica, eliminando así la relación entre el sujeto y su realidad social, así como el tamiz de la construcción histórica del mismo modelo teórico, que pretende, a su vez, determinar.

## 1.5. Noches de boda. El discurso de la enfermedad mental

Que todas las noches  
sean noches de boda  
Que todas las lunas  
sean lunas de miel  
(Noches de boda. Sabina 1999)

El discurso y tratamiento de las enfermedades mentales no han estado exentos del fenómeno de modernización de la ciencia médica. En salud mental se ha producido un proceso similar al resto de la medicina: "... ampliación, tecnificación, especialización y búsqueda activa en la comunidad de la morbilidad al servicio de un Modelo público de Salud" (Illich, 1975).

A partir de los años 70s esta búsqueda activa del enfermo mental ha sido promovida por un Estado que intentó garantizar el derecho social a la salud (Rendueles, 2000). Esto es debido a que, en el llamado Estado de bienestar, se ampliaron los objetivos de salud universal hacia los objetivos de la salud mental. La aparición de nuevos medicamentos en todos los campos de la medicina (oncología, geriatría, ginecología, dermatología etc.) permitía el optimismo terapéutico. Al tiempo que cohesionaba a los tratantes de salud mental alrededor de un cuerpo de estudio definido: el cerebro.

A partir de los años 80, en el contexto de las transformaciones sociales del nuevo capitalismo postindustrial, la demanda de salud mental experimentó un aumento cuantitativo y una transformación cualitativa (Liria, 2001, pág. 12).

Sin embargo, esa ampliación en la atención y tratamiento de los objetivos a perseguir en salud mental se basó, principalmente en un mito:

... en un mito generado por la expansión de los límites de la psiquiatría y la psicología, y fue enraizado en la creencia de que hay tratamiento médico o psicoterapéutico para cualquier problema de la vida cotidiana (Lobo & De la Mata, 2004, pág. 6).

Tal como el médico se ve exigido a un diagnóstico y a una prescripción, el experto en salud mental se ve exigido a encontrar una causa y a proponer una técnica para resolverlo. Como ya se mencionó, el modelo médico lo permite: la anormalidad de un brazo roto es distinguible por la disfuncionalidad del uso y movimiento, y luego comprobable por medio de tecnologías y métodos de observación directa o indirecta.

En cambio, el modelo médico de salud, aplicado a la atención y tratamiento de la enfermedad mental, es resultado de un proceso más complejo: la anormalidad de una conducta deberá ser contrastada con una serie de mitos personales y sociales que son permeados por el momento histórico y político que rodea al individuo. Es decir, con base en la funcionalidad o disfuncionalidad que presente el sujeto ante la sociedad.

Además, el modelo médico de salud mental no tiene conocimiento de las causas de los trastornos mentales –desde el momento en que, en este paradigma, se niega sencillamente la posibilidad de ellos en el medio social o en cualquier lugar fuera de un órgano que funciona mal–, y por eso las instituciones médicas han optado por eliminar todas las teorías de lo humano (y su interacción) en beneficio de una supuesta normalidad conductual basada en observaciones estadísticas de datos registrables... que, de acuerdo con Braunstein (2015) “también faltan y por eso se les inventan”.

Debería encontrarse una causa natural de la locura en cualquiera de sus formas y ella no aparece, aunque pueda sospecharse de ciertos procesos cerebrales que tendrían relación con el mecanismo involucrado en las exteriorizaciones clínicas (Braunstein N. , 2015, pág. 23).

Pero tales procesos no son la causa de los trastornos sino los que hacen posible la manifestación sintomática y sobre los que se puede, eventualmente, incidir por medios físicos o químicos.

La investigación de parámetros biológicos “se sustenta en una esperanza, la encontrar en el cerebro la razón de las anormalidades de la mente, la personalidad o el comportamiento” (Braunstein N. , 2013), la de objetivar una base material, biológica y natural de cualquier anormalidad, eliminando toda condición social, de la definición y del individuo.

El mayor obstáculo que encuentra el modelo (que pretende ser organicista) es que el cerebro está involucrado, por supuesto, en la vida y en todas las actividades del ser humano (conciencia, inconciencia y conducta), pero el cerebro no es el productor sino el asiento de procesos que permiten y regulan la relación entre el organismo y el medio ambiente que le rodea, que es, siempre, un medio social.

Es en la relación del individuo con el otro, con el conjunto social, donde se encuentran las causas de su desacuerdo o desviación respecto de la norma que no está en el cerebro sino en la estructura social, económica, antropológica, lingüística, política, etc., que son las circunstancias de la vida, eso que rodea y condiciona al cerebro viviente y neuronal.

Ya en 1843 decía Marx:

Las formaciones nebulosas que se condensan en el cerebro de los hombres son sublimaciones necesarias de su proceso empíricamente registrable y sujeto a condiciones materiales. La moral, la religión, la metafísica y cualquier otra ideología y las formas de conciencia que a ellas corresponden pierden, así, la apariencia de su propia sustantividad, no tiene su propia historia, ni su propio desarrollo, sino que los hombres que desarrollan su producción material y su intercambio material cambian también, al cambiar esta realidad, su pensamiento. *No es la conciencia la que determina la vida, sino la vida la que determina la conciencia* (Marx K. , 2010) .

Esto significa que, así sea una relación evidente o no, la construcción conceptual del discurso alrededor del fenómeno “enfermo mental” responde a un proceso comparativo entre un individuo con otro, entre él y un grupo determinado, entre éste y condiciones sociales específicas que lo determinan. Se entra en un vasto territorio donde confluye lo biológico, psicológico, político, histórico y económico – en suma, el fenómeno humano – en permanente cambio, que no obedece a categorización positiva alguna.

Es decir, la concepción de lo normal-anormal en la salud mental, va más allá de la degradación física visible; corresponde a un ámbito interpretativo que tiene que ver directamente con la construcción histórica, epistemológica y social vigente para su determinación y en donde la construcción del concepto de enfermedad responde a la disonancia del individuo respecto a su actuar social.

Por el otro lado, entre más se logra el proceso de normalización del individuo, más se refuerza la capacidad totalizadora de este proceso que impide, o reduce al mínimo posible, la capacidad individual de salirse de los parámetros establecidos y que consolida su inserción en un sistema que, para su propia subsistencia, aparece como permanente, inmutable, suficiente y necesario para la realización humana.

Es la necesidad social la que crea la rareza como rareza social. La imagen del mundo y la imagen de sí mismo están siempre vinculadas (Castoriadis, 2013, pág. 26).

Al igual que con el modelo médico de salud, no se niega que la investigación ha dado como resultado métodos más eficaces y precisos para el tratamiento de muchas enfermedades y trastornos mentales que han azotado la existencia del hombre a través de los siglos. Sin embargo, y aún a pesar de su utilidad, las categorías vigentes en el modelo de salud mental permanecen organizadas alrededor de conceptos nebulosos como “trastornos del estado de ánimo”, “trastornos de ansiedad” y “trastornos de la personalidad”. Es decir, el hecho es que no existe un marco crítico lo suficientemente consistente para saber exactamente a qué se refieren estos términos.

Esta formulación es fundamental para entender el problema de lo que es concebido como “enfermedad mental”. Las teorías tradicionales, autodenominadas “científicas”, analizadas a la luz de la teoría crítica, emergen mostrando su contenido político, histórico y cultural, derivadas de instituciones y creaciones sociales que se establecen como normalizadoras de los individuos y sus sociedades.

La crítica debe dirigirse, entonces, hacia la construcción teórica del discurso totalitario, ramplón y reduccionista a la que están ceñidas las enfermedades mentales y que hoy son reproducidas – por lo demás, con poca y nula crítica – por el modelo médico de salud mental.

## 1.6. Así estoy yo sin ti. La función de los agentes de la salud mental y los manuales normativos en Foucault.

Perdido, como un quinto en día de permiso  
Como un santo sin paraíso  
Como el ojo del maniquí  
(Así estoy yo sin tí. Sabina 1995)

Michel Foucault es seguramente, uno de los filósofos con más influencia del siglo XX y uno de los que más ha afectado, para bien o para mal, el discurso de la salud mental. Su obra gira en torno al concepto de la opresión, el control, el encierro y el castigo, pero, sobre todo, gira en torno al poder. Se basa en el estudio de las sociedades humanas del pasado para describir como el poder se ha ido transformando y como se ha ido volviendo más sutil a través de la historia.

La dualidad de opresores y oprimidos en función de las clases económicas que hacía Marx, le parecía parcial y limitada, así surgió el concepto de los micropoderes que se fundamenta en la idea de que el poder está presente en cada parte del entramado social, ejercido de formas sutiles en instituciones como organizaciones políticas, psiquiátricas, medios de comunicación, la cárcel, la escuela e incluso la familia.



En las sociedades premodernas el castigo era un espectáculo público que pretendía usarse para sentar ejemplo e intimidar a la población; un poder abiertamente cruel que, a menudo acababa tornando su propio sadismo en contra cuando el pueblo acababa empatizando con el condenado y no aplaudiendo al verdugo.

Fue el estado moderno el que decidió ocultar la violencia inherente a su existencia creando instituciones como hospitales psiquiátricos o centros penitenciarios, donde la opresión sucede a puertas cerradas; pero estos centros de encierro tienen unas jerarquías mecánicas que se reproducen a través de toda la sociedad, también las escuelas, los hospitales, los partidos políticos o incluso la normatividad sexual son, en cierto modo, formas de encierro y vivimos en una sociedad de control represiva (Foucault M. , 2014, pág. 32).

Pero lejos de hacer evidente la violencia del poder como se hacía antiguamente, en la actualidad se busca dominar a la población mediante la construcción de un discurso socialmente aceptado para determinar lo que es bueno y malo, lo verdadero y lo falso, dibujando relaciones de poder que producen sujetos y subjetividades determinando lo que es normal y lo que no. Esto es a lo que Foucault llamó Poder disciplinario.

Sabemos bien la que la universidad, y de una manera general, todo el sistema escolar que en apariencia esta creado para distribuir el conocimiento, sabemos que este sistema escolar esta creado para mantener en el poder a una cierta clase social y excluir de los instrumentos del poder toda otra clase social. Algo como la psiquiatría que en apariencia está destinado al bien de la humanidad y al conocimiento de los psiquiatras, es también una manera de hacer recaer un poder político sobre un grupo social, la justicia igualmente. Me parece que la tarea política actual en una sociedad como la nuestra es la de criticar el juego de las instituciones, en apariencia las más neutras e independientes, criticarlas, atacarlas de tal manera que

la violencia política que se ejerce oscuramente en ellas aparezca para que podamos luchar contra ella (Foucault M. , 2014).

La verdadera cárcel está en la mente y la ideología, y la liberación pasa por empezar reconociendo y analizando las relaciones de poder de la vida diaria, las pequeñas sutilezas que día a día buscan hacernos más sumisos y reprimidos. También más dispuesto a aceptar los abusos de poder de unos estados que se creen legitimados mediante un discurso de justicia y progreso que, en el fondo, tiene poco de justo o progresista y busca fundamentalmente afianzarse racionalizando la opresión bajo la pretensión del orden y la justicia.

Foucault es, sin duda, el teórico más contundente en la crítica directa al constructo teórico y metodológico del modelo médico de enfermedad mental. Y para hacerlo, retoma el concepto weberiano de agentes de estado y lo actualiza al modelo institucional de poder y castigo.

Para Max Weber (2012), es a través de la Reforma<sup>27</sup> que se establece, no sólo una sustitución del poder eclesial, sino la aparición de otro poder “que había de intervenir de modo infinitamente mayor en todas las esferas de la vida pública y privada, sometiendo a regulación onerosa y minuciosa la conducta individual” (Weber, La ética protestante y el espíritu del capitalismo, 2012). Por medio de esta comprensión histórica, Weber introduce las condiciones epistemológicas de la tesis que enuncia que, es a través de la ética protestante que se instaura el espíritu del capitalismo, y trata de explorar las razones para que esto ocurra y cómo es que se desarrolla.

Es importante aclarar que, para Weber, el capitalismo es la forma moderna de la sociedad, no hay resistencia ante la dominación, por el contrario, hay una aceptación, hay una legitimación de la forma de ser capitalista. En Weber no aparece la dominación como parte del elemento teórico. Weber establece así una franca lucha contra el marxismo, en

---

<sup>27</sup> Se conoce como Reforma protestante, o simplemente la Reforma, al movimiento religioso cristiano, iniciado en Alemania en el siglo XVI por Martín Lutero, que llevó a un cisma de la Iglesia católica para dar origen a numerosas iglesias agrupadas bajo la denominación de protestantismo

primera y clara instancia porque, coinciden en el objeto de estudio (el capitalismo) y porque aquellos proponen alternativas que en Weber son impensables. Éste afirma:

Materialismo y espiritualismo son interpretaciones igualmente posibles, pero como trabajo preliminar; si, por el contrario, pretenden constituir el término de la investigación, ambas son igualmente inadecuadas a la verdad histórica (Weber, 2011 pags. 265-266).

Sin embargo, y pese a las diferencias con otras críticas al capitalismo, sólo nos centraremos en dos aportes que toma Foucault de la teoría de Weber: El Estado y sus instituciones como reguladores de las normas y el monopolio de la ley, y los agentes o funcionarios para la producción y reproducción de dichas normas en la práctica social.

Para Weber, la ganancia de dinero representa, dentro de la ética protestante y del orden económico moderno, el resultado y la expresión de la virtud en el trabajo, y esta virtud, fácil es reconocerlo, constituye el alfa y omega de la moral de la ética capitalista. En efecto:

(...) aquella idea peculiar —tan corriente hoy y tan incomprensible en sí misma— del deber profesional [...] esa idea, decimos, es la más característica de la “ética social” de la civilización capitalista, por lo que posee, en cierto sentido, una significación constitutiva. (Weber, 2011 pag. 53).

El deber profesional de los agentes o funcionarios, el deber ser en sí mismo, es la máxima expresión entre el ideal religioso y el capitalismo. Este deber ser permea todas las formas en que el ideal capitalista se ha instaurado, no sólo en su versión más evidente (la forma de producción capitalista), sino también, y como parte indispensable y necesaria, la ideología que lo sustenta.

El sentido religioso se transforma, en el capitalismo, en capital. Hay un deber ser capitalista nacido de un deber ser ontológico. El deber ser del capital es la acumulación, se

vale de la libertad como consigna, de lo individual como precepto, como la esencia de la modernidad. Es una forma de ser, de vivir, de comprender el mundo.

La vocación, el llamado de Dios, transformado en un llamado profesional, es un deber ser generalizado. La forma religiosa se difumina en la concepción de profesionalización, de trabajo profesionalizado, especializado, dividido, donde todos deben de cumplir el papel asignado en el sistema de reproducción capitalista del mismo modo que se concebía el cumplimiento de un papel para con Dios. (Weber, La ética protestante y el espíritu del capitalismo, 2012)

Para Weber, lo que sostiene la acción racional (acción que distingue entre medios y fines) es la burocracia de los agentes asignados por el estado y la economía. En el horizonte weberiano, la acción racional está entendida en términos del propio capitalismo y no existen otras formas fuera de él. Por tanto, la única forma posible de funcionamiento es dentro de la jaula de hierro de la burocracia que permita el equilibrio y esto, tiene al individuo atrapado en ella.

Es la burocracia de agentes y funcionarios la encargada de legitimar a la modernidad, es decir, al capitalismo. Pero, esta concepción, encierra, en sí misma, a otra jaula: la imposibilidad de pensar otras posibilidades del desarrollo social: basta con que el Estado haga su labor de constructor y moderador para que la acción racional capitalista busque sus equilibrios.

Weber (2012), define al Estado como la entidad que ostenta el monopolio de la fuerza física y como la entidad que sostiene la actividad a la que está permitido dedicarse para influir sobre la distribución relativa de fuerza.

...esta distribución se hace a través de la asignación de funcionarios o agentes. Cualquier actividad o profesión o función, sancionada y permitida por el Estado, es, por tanto, derivada del poder (Weber, La ética protestante y el espíritu del capitalismo, 2012).

Foucault (2014), retoma el concepto de agentes y lo actualiza al modelo de salud mental para designar a todos aquellos funcionarios de lo que él llama “dispositivo Psi”: Llámese psiquiatras, neurólogos, psicólogos, psicoterapeutas y demás funcionarios licenciados (en la acepción de: permitidos por el Estado para...) en la labor de la sanidad mental<sup>28</sup>.

Para Foucault, el proceso se totaliza al mismo tiempo, tal como sucede en todas las fabricaciones orgánicas del dispositivo social: (...) “se legitima su práctica y su quehacer al mismo tiempo que se legalizan sus perspectivas tanto como a sus mismos profesionales” (Foucault, 2012).

Así, el modelo médico, a través de la institución médica psiquiátrica (el aparato regulado-regulador del Estado), con sus diferentes dispositivos, cada uno de ellos con su papel y su territorio, es el que acaba siendo legitimado y legitimador de una idea de normalidad, (...) “por un camino que atraviesa los organismos técnicos jurídico-políticos que regulan las instituciones rectoras de la actividad “correctora-correccional” que se imponen en cada sociedad como un todo” (Foucault M. , 2014).

Esto se hace más notorio cuando se fijan las fronteras para la intervención de las disciplinas psicológicas por medio de manuales normativos como el CIE o el DSM:

... la clasificación designa y ubica a los objetos de la práctica y del discurso (cada uno de esos trastornos mentales) dentro de un área topológica global, unificada por un “manual de ordenamiento” universal y totalizante (Braunstein N. , 2015, pág. 27).

La ordenación de los manuales se reproduce a sí misma a través de la “ordenación” (en el sentido religioso de la palabra) de los agentes aptos para utilizarla. Esa operación continúa día con día en las universidades y corporaciones que editan y publicitan las clasificaciones de los manuales y que certifican el hacer de sus agentes.

---

<sup>28</sup> Y que no es otra cosa que el modelo médico de salud mental.

Así, la clasificación debe cumplir con la misión de legitimización del ser y el hacer de sus funcionarios; su efecto no se ejerce solo sobre los “pacientes”, tan importante como ese, es el efecto sobre los agentes mismos. El objetivo hoy es, clasificar a todos los individuos, encerrándolos en los cajones del espacio regentado por los agentes de la ciencia médica. Para que éstos tengan labor legítima.

Es la Constitución entendida como Ley Fundamental de la “Nación”: cohesiona a sus habitantes en torno a sus preceptos. Comienza por marcar las fronteras de un territorio que tendrá que ser tan grande como se pueda y justificar por su fuerza de ley las operaciones que en él se realicen, concretamente la intervención en todos los casos rotulados según su nomenclatura de trastorno convenientemente digitalizados. Debe también cimentar la confianza del público y de los demás médicos en la pertinencia de sus operaciones en terrenos oscuros cuando no lodosos como el de las internaciones forzadas o su complicidad con las fuerzas heteronormativas y con el poder político (Braunstein N. , 2013, pág. 118).

La fuerza de las normas establecidas por los agentes y funcionarios, dependen de su ocultamiento como constructo social, deben ser percibidas como inmanentes y perpetuas. Y deben ser administradas – a discreción – por agentes legitimados como figuras de autoridad, como los médicos o los científicos. Su omnipresencia se reconoce a partir del momento de la sanción social a quien osa apartarse de ella (el diagnóstico es una forma de esa sanción) y por la fuerza de quienes la ponen en acción haciendo valer su saber y su condición de técnicos y expertos, muy en especial, todos los agentes del dispositivo Psi.

Foucault (2014) nos habla de un “poder normalizante” que, con ayuda de determinados saberes psicológicos, lograría naturalizar la normalidad. Abunda que el poder, aunque es la molesta represión de la anormalidad; es, sobre todo, la sutil construcción de la normalidad. Es en este sentido en que el saber y el hacer de los agentes de la salud mental individualizan, clasifican y jerarquizan; y sería la tecnología (pensada

como método) propia de una forma de ejercer el poder cuyo objetivo es la construcción de sujetos “normales”.

Desde esta perspectiva, el individuo, en la medida que más se aleja del sistema normalizador, más aparece como motivo de patología; “por tanto, se vuelve indispensable para el proceso normalizador buscar las vías necesarias para insertar al individuo dentro de los límites de normalización social establecidos de antemano por la ordenación de los agentes del Estado” (Weber, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, 2012).

Es decir, al aparecer la normalidad como un estándar de realización individual, fomenta su sentido de permanencia y, con ello, su tendencia totalizadora en donde cada individuo deberá responder a las exigencias de la normalidad. Cualquier individuo o grupo social fuera de los parámetros de esta normalización, aparece, no sólo como disidente, sino como elemento patológico o mentalmente trastornado del gran constructo social vigente.

Es a partir del estándar de normalidad, que se establece aquello que debe ser. Este deber ser está íntimamente ligado a razones epistemológicas, históricas y sociales que lo determinan, en tanto que responde a las directrices que la sociedad en su conjunto establece como finalidad social y que, extendida más allá, se transforma en la finalidad del individuo en sí.

Es entonces que, a partir de la inserción del proceso normalizador dentro del discurso individual, del mismo modo en que se estableció el proceso normalizador a partir del constructo social vigente, éste retorna de lo individual a lo social como forma de consolidación de un sistema alienante, tanto para el individuo (en tanto busca pertenecer), como de la sociedad (en tanto busca la institucionalización de los procedimientos).

En un siguiente paso, es el mismo Foucault, una vez que da el paso (por otro lado necesario) de la arqueología del saber a la genealogía del poder, al que ya no le interesa cómo se gobierna a locos y criminales, sino cómo nos gobernamos a nosotros mismos, es decir, de qué forma nos “normalizamos”, a través de qué prácticas y relaciones.

Puede llegar a sorprendernos que Foucault se decante por un análisis genealógico de los procesos de subjetivación y “tecnologías del yo” (formas de relacionarse con uno mismo) a través de los cuales se construye la subjetividad moderna, pasando definitivamente del ejercicio del poder normativo sobre los otros al ejercicio del poder normalizante sobre nosotros mismos, pasando de dispositivos o estrategias generales de dominación (dispositivos de tipo panóptico) a micro-tecnologías de subjetivación (el discurso del gran dispositivo Psi – que integra a todas las profesiones que actúan sobre la salud y enfermedad mental) y su relación con las formas de subjetivación.

Al mismo tiempo, en su libro *La voluntad de saber* (1998) Foucault hace referencia a que la psicología, en su afán de desprenderse de la filosofía va a convertirse en una psicología que va a tomar el método positivo de las ciencias naturales. Pero dirá que la psicología moderna tendrá que separarse necesariamente de este método que intenta ver, en la conducta humana, el actuar del hombre como un objeto.

Una contradicción que deberá soportar e ir más allá de las fronteras académicas e institucionales, para dar cuenta de las influencias de otros actores políticos y económicos en tanto que la experiencia del trabajo en salud mental es antecedida por un cúmulo de eventualidades, discursos y relaciones concretas que le dan forma (Foucault M. , *El poder psiquiátrico*, 2005).

Se refiere a que el hombre no es solamente naturaleza o exclusivamente respuesta orgánica. El individuo es además sus relaciones sociales, su momento histórico, sus discursos, que se manifiestan cuando el hombre actúa y habla, atribuyéndole un significado a sus actos, y un sentido.

Lo significativo es una equivalencia, por esta razón las ciencias humanas van a buscar respuestas a estas significaciones regidas en la conducta y comportamientos del hombre y deberían buscar una idea de ser humano, no solamente visto desde el espectro de la medicina (Donzelot, 1988, pág. 18).



Es así como se cierra el constructo al día de hoy, aún a pesar de las críticas o de sus discutibles resultados, en efecto: se ha normalizado el actuar del modelo médico de atención a la salud mental con cuatro entidades o epifenómenos: por la existencia de 1) un Estado que asigna las normas de conducta deseables, a través de 2) la profesionalización de los agentes o funcionarios ordenados por el mismo para la regulación y control de esas normas, estandarizadas en 3) los Manuales normativos que clasifican a las conductas anormales. A través de 4) un modelo médico que aísla al individuo de su relación social, al tiempo que lo inserta en un único discurso de dos únicas opciones: Enfermo – No-enfermo<sup>29</sup>.

Y tal vez, no exista una mayor impregnación del paradigma del modelo médico que en el tratamiento de la Depresión como enfermedad mental.

## Conclusión. Pongamos que hablo de Depresión.

Los avances en el ámbito de los médicos técnicos se ven acompañados de un proceso de deshumanización. El progreso amenaza con destruir el objetivo que estaba llamando a realizar: la idea del hombre (Horkheimer & Adorno, *Dialéctica de la Ilustración*, 1998, pág. 11)

La encrucijada histórica planteada en el capítulo demanda comprender cómo el capitalismo tardío, además de movilizar todos los recursos materiales y sociales, construye economías afectivas, es decir, dispositivos de control, rendimiento y producción de la subjetividad. Por ello se hace necesario analizar el contexto del sujeto depresivo, no desde el punto de vista de la psicología dominante, individualista y medicalizada (con su propia narrativa de curación), sino como fruto de un capitalismo enfocado al rendimiento y a la demanda de un compromiso afectivo del individuo con el capital mismo.

---

<sup>29</sup> En la identidad de: 1) La Organización Mundial de la Salud (OMS); 2) Psicólogos y psiquiatras; 3) DSM y CIE; y 4) El método positivo de las ciencias naturales, sin ninguna teoría del hombre.

Frente a los discursos dominantes que promueven una psicología individualista, ahistórica y neutral, se debe hacer la construcción de un análisis de la depresión como efecto social (y, por tanto, político) del sistema económico vigente. Siendo el sujeto depresivo, en efecto – que no en causa – recipiente de la sociedad dañada.

En el capitalismo, se ve implicada en una violencia – cotidiana – en la que se desarrollan (se puede inferir, de manera obligatoria) sentimientos de insatisfacción individual y social. Es decir, se realiza bajo una dinámica que encuentra múltiples maneras de violentar, afectar o alienar la relación del individuo consigo mismo (Hernández, 2016).

La aportación de Davies a este respecto es lapidaria: *La infelicidad se ha convertido en la externalidad negativa más importante del capitalismo* (Davies, 2008). Sin embargo, paradójicamente, se puede afirmar que vivimos en una sociedad que a la vez que violenta la vida de los individuos, provee remedios mercantiles para enfrentar los problemas que produce (Hernández, 2016).

Pero para entender el camino que ha llevado a la depresión a convertirse en una entidad patológica derivativa del diagnóstico médico, se debe primero explorar la teoría freudiana sobre la melancolía<sup>30</sup> (que no depresión), que después, sería retomado y reformulado por Lacán.

Ya en 1915, Freud optó por la modestia en sus consideraciones introductorias a la teoría de la melancolía. En el párrafo de apertura del libro “Duelo y Melancolía” (1917) admite la fragilidad del concepto melancolía que no ha sido, hasta entonces, “fijamente determinado, ni siquiera en la psiquiatría descriptiva”. Esto significó, paradójicamente, la muerte del concepto – y del estudio de – la melancolía en términos de concepto social y en términos de teoría de la conducta humana<sup>31</sup>. Irremediabilmente, a partir de ese momento,

---

<sup>30</sup> Melancolía es el concepto que “precede” al actual constructo patológico de Depresión. Hasta antes del S. XIX, la experiencia melancólica, era la que englobaba el análisis y los estudios de la experiencia del individuo ante los avatares de la vida.

<sup>31</sup> No sería sino, hasta ya muy avanzado el S. XX, que el psicoanálisis y otros abordajes psicológicos, retoman el concepto taxonómico de Krapelin de Depresión para tratar de explicar su caracteriología.

el abordaje de la experiencia melancólica será relacionada al concepto de depresión, y sólo a través de la asunción patológica: la depresión es una enfermedad individual.

Lacán dará un “salto adelante” en la teoría psicoanalítica (sin embargo, argumentando un “regreso” a Freud), al ampliar el abordaje del malestar de la cultura y llevándolo hacia una discusión inter-relacional. Lacán propone que el individuo<sup>32</sup> es resultado de la interacción entre su inconsciente y su contexto social (Lacán, 1971). Lo que, en el capítulo anterior, se abordó en referencia la construcción social de la autoestima, retomando la posición de la teoría del Estadio del Espejo (1971).

A partir de Lacán, la clínica que se apoya en los conceptos del psicoanálisis se atiene a la escisión con los dogmas médicos; no hay solución, no hay remedio, para unos es la articulación estructurada en cada persona, para otros, es una suma de signos y síntomas.

Para el psicoanálisis, se hace obligatorio ser capaz de distinguir, de diferenciar de manera precisa, una multitud de manifestaciones depresivas y de poder explicitar las causas estructurales. Lo que enmascara la noción tramposa de depresión, al rebajar esta multiplicidad bajo una capa indiferenciada, es que no recubre nada diferente que el dominio de eficacia de los antidepresivos. Allí se demuestra cómo el desarrollo de un conjunto de disciplinas científicas que concurren al progreso, cierto, de la farmacología, se acompaña de la regresión a una clínica que de golpe se empeña en olvidar al sujeto.

Es importante, por ello, ampliar la imagen del autoconcepto que se anula frente a un diagnóstico médico, puesto que, en la construcción ideológica del enfermo mental, el sujeto se reproduce y representa a sí mismo como enfermo, sí-y-sólo-sí el Otro le solicita que lo sea. Mientras, en el imaginario, ese Otro le confirma que su enfermedad apareció porque sí, sin más. El sujeto ha desaparecido.

En este sentido, Lacán afirma que la construcción de la personalidad, del Yo, es resultado de un acto de “mimetización” que cumple dos funciones: la pertenencia (del individuo a su grupo social) y evitar el abandono (de cualquier otro, que en Lacán se representa, sucintamente, como el gran Otro). Por tanto, en este sentido, lo que se debe

---

<sup>32</sup> La personificación del individuo, el Yo, la imagen de sí.

explorar es cómo la “solicitud del Otro” está dada por el profesional de la salud mental (por el agente y por el dispositivo) para ser y/o sentirse necesitado. En esa construcción, el Otro es aquel que me establece como enfermo. Y en la enfermedad mental (que, en muchos casos, no es otra cosa que anormalidad comportamental) es el otro el que me necesita enfermo. *“Y si la sociedad me pide que sea enfermo, deprimido, no tendré otra opción que serlo. Incluso me comportaré como tal”*.

Foucault retoma este concepto y lo amplía a la política. Él establece que la biopolítica es la asunción de la fuerza y el poder para dominar al cuerpo. Y esta es la base de la construcción de la sociedad industrial, que a su vez fue la base de la sociedad capitalista: adueñarse del cuerpo.

Es el mismo Foucault el que funda la búsqueda paradójica del poder dentro de uno mismo. Cómo nos gobernamos a nosotros mismos, es decir, de qué forma introyectamos y proyectamos los estándares de normalidad que nos darán guía social. Es decir, de qué forma nos normalizamos.

Aunque Foucault se decanta por un análisis genealógico de los procesos de subjetivación y «tecnologías del yo» que no es otra cosa que: formas de relacionarse con uno mismo, a través de los cuales se construye la subjetividad moderna, pasando definitivamente del ejercicio del poder normativo sobre los otros, al ejercicio del poder normalizante sobre nosotros mismos. Sin embargo Foucault no llega a realizar un giro completo para describir las realidades de nuestro tiempo (Han B.-C. , 2014).

Para Han (2014) la muerte temprana privó a Foucault, si acaso, de la posibilidad de repensar su idea de biopolítica y abandonarla en favor de la psicopolítica; que no es otra cosa que una técnica de dominación más eficiente pues “cuida de que los hombres se sometan por sí mismos al entramado de dominación”.

La necesidad de este giro está relacionado con la forma de producción del capitalismo actual. Ha dejado de ser necesario lo biológico y lo corporal y la psique se ha convertido en la primaria fuerza productiva, debido a que el capital actual está fundamentalmente asentado en formas de producción inmateriales e incorpóreas. El gran

poder económico ya no se encuentra en la producción de objetos físicos, sino en la producción objetos “virtuales” como informaciones y programas.

El cuerpo como fuerza productiva ya no es tan central como en la sociedad disciplinaria que describiera Foucault con la biopolítica o como lo describiera Marx en su análisis de la explotación en el sistema capitalista.

Para incrementar la productividad, no se superan resistencias corporales, sino que se optimizan procesos psíquicos y mentales. El disciplinamiento corporal y la explotación de la fuerza laboral ha dado paso a la optimización mental.

Así, el control que establece el poder del sistema de salud mental – inteligente, diría Chun Hal (2014) – psicológico, diría yo – se ajusta a la psique en lugar de disciplinarla y someterla a coacciones y prohibiciones, todo ello buscando la productividad, que ha de ser la única medida estable de sociedad capitalista.

Es entonces que, en el marco de un mercadeo individualista, todo éxito, logro, fracaso, intención, sensación y pensamiento son reducidos al mismo individuo, ya no como sujeto social, sino como sujeto aislado.

Así, quien fracasa en la sociedad del rendimiento y la cultura de la felicidad se hace a sí mismo responsable y se avergüenza, en lugar de poner en duda a la sociedad o al sistema.

Hoy cada uno es un trabajador que se explota a sí mismo en su propia empresa. Cada uno es amo y esclavo en una persona. También la lucha de clases se transforma en una lucha interna consigo mismo (Han B.-C. , 2014, pág. 12).

Y el resultado de esa lucha (que, vale decirlo, no tiene salida) es precisamente la experiencia depresiva y la mal llamada enfermedad de la depresión.

Esto es resultado del capitalismo tardío, también llamado capitalismo de consumo o régimen neoliberal, que transforma la explotación ajena en auto explotación. Y esta

explotación es incluso, independiente de la clase social, pues no la necesita, como categoría, para instituir una relación de dominio.

Es por ello que, esta auto explotación sin lucha de clases, en general, le es totalmente extraña e inaprensible a los teóricos marxistas y es apenas visible para los teóricos de la escuela crítica, y sólo para aquellos que asumen la coyuntura de las subjetividades como constructos de control y dominación.

En este escenario, no hay conciencia de clase, no hay realidades concretas, no hay relación social y no hay emancipaciones posibles. En cambio, hay (sobre)conciencia de uno mismo, hay aislamiento, hay autoestima (individual) y hay tratamientos para curarse de uno mismo.

Y es por eso que, en la actualidad, el individuo no percibe la explotación del capitalista contra el proletariado, sino que se encuentra subsumido al individuo mismo, es decir, al sí-mismo. Esto hace imposible la revolución social, que descansa en la distinción entre explotadores y explotados. Ahora, el explotador y el explotado (el amo y el esclavo, con todo y su mentalidad) es uno mismo, dentro de uno mismo, y sólo para sí mismo. Cualquier revolución o intento de revolución, es individual o no lo es en absoluto... por tanto, no lo es.

Es precisamente por el aislamiento, generado por un Yo (individual) forzado a sostener, pese a todo, su autoestima, su productividad y su búsqueda de felicidad particular, que se crea al sujeto de rendimiento, explotador de sí mismo, lo que no permite ningún nosotros político con capacidad para una acción común.

El que se siente fracasado no pone en duda a la sociedad o al sistema, sino a su propia autoestima. En esto consiste la especial inteligencia del esquema. No deja que surja resistencia alguna contra el sistema.

En la lógica marxista, la conciencia de clases inspiraría a que los explotados se solidaricen y juntos se alcen contra el explotador, precisamente en esta lógica se basa la idea de la revolución. Sin embargo, esta lógica presupone la existencia de relaciones de dominación represivas y su correspondiente lucha. En la situación actual, de la auto

explotación, uno dirige la agresión hacia sí mismo. Y esta auto agresividad no convierte al explotado en revolucionario, sino en depresivo.

Hemos convertido a las instituciones de salud mental en sistemas de poder que propician que las personas se sometan, por sí mismas, al entramado de la dominación. Pues estas ya no son excluyentes o represivas, sino motivadoras y optimizadoras. Ya no se busca la sumisión ante los poderes fácticos, sino la dependencia a estos. Es, por ello, que la depresión, como enfermedad le es tan conveniente. Genera sujetos depresivos que necesitan de las técnicas que el mismo sistema les ha esquilado, para después y con ello, proveerles de “curas” a través del mercado.

Pero ¿Cuáles son los constructos teóricos, lógicos, ideológicos, metodológicos que han permitido el modelo de autoexplotación que prima en occidente y que no tiene otro efecto que la depresión?

## Capítulo II. El sueño de la razón produce monstruos.

[...] el desorden privado refleja más directamente que antes el desorden de la totalidad, y la curación del desorden personal depende más directamente que antes de la curación del desorden general. La era tiende a ser totalitaria, inclusive donde no ha producido estados totalitarios. La psicología puede ser elaborada y practicada como una disciplina especial tan solo en tanto la psique pueda mantenerse a sí misma contra el poder público, en tanto la vida privada sea real, verdaderamente deseada y construida por sí misma; si el individuo no tiene la habilidad ni la posibilidad de ser para sí mismo, los términos de la psicología llegan a ser los términos de las fuerzas sociales que determinan la psique (Marcuse H. , Eros y Civilización, 1983).

### Introducción. Por el boulevard de los sueños rotos

Quién supiera reír,  
como llora Chabela...  
(Por el boulevard de los sueños rotos 1996)

En el transcurso de los años, el ser humano ha urdido una compleja red de narraciones para sobrevivir: el Yo, la raza, el papel moneda, el país, el nirvana, la vida eterna, el dios todopoderoso, todos los dioses, son sólo ejemplos de la gran capacidad humana para tejer redes narrativas que nos dan sentido. Dentro de dichas redes, ficciones como los asesores comerciales, los sacerdotes, los médicos, no solo existen, sino que acumulan un poder inmenso.

Los tipos de cosas que la gente crea a través de esta red de narraciones tienen varios nombres académicos: ficción, constructo social, falsa conciencia, abstracción real o realidad imaginada. Pero todas describen, en esencia, el mismo fenómeno y parten de la misma premisa: Una realidad imaginada, una narrativa social, o una ficción no es una mentira.

Yo miento cuando digo que hay un ladrón dentro de mi casa y sé perfectamente bien que allí no hay ningún ladrón. No hay nada especial acerca de las mentiras. En la naturaleza



podemos encontrar evidencia convincente que confirma que la mayoría de los animales mienten para alimentarse, procrear y controlar a otros animales (las plumas de un pavorreal serían solo un ejemplo)<sup>33</sup>.

A diferencia de la mentira, una realidad imaginada es algo en lo que todos creen y, mientras esta creencia social persista, la realidad imaginada ejerce una fuerza considerable en el mundo.

¿Cómo consiguió el Homo sapiens acabar fundando ciudades que contenían decenas de miles de habitantes e imperios que gobernaban a cientos de millones de personas? El secreto fue seguramente la aparición de la ficción. Un gran número de extraños pueden cooperar con éxito si creen en mitos comunes (Harari, 2016, pág. 42).

Así como la mayoría de los católicos creen en la existencia de un dios y los millonarios creen sinceramente en el valor del dinero y en la existencia de las compañías capital variable, creando con éstas las diversas formas de relaciones sociales. La mayoría de los psicólogos y psiquiatras creen sinceramente en la existencia de enfermedades mentales. Nadie intenta mentir cuando, en pleno 2020, la OMS informa que son más de 300 millones de personas con depresión en el mundo, aunque la OMS y la mente sean invenciones de nuestra fértil imaginación.

Y ciertamente, una persona que dice tener depresión no está mintiendo. El sufrimiento es real, la incapacidad que percibe el individuo para tener una vida satisfactoria es real. El dolor es real. La persona sinceramente cree tener depresión. Pero su confianza en el sistema médico en salud mental se sostiene en la narrativa de la enfermedad mental y en la relación social creada por esta narrativa. El tema no es su criterio de verdad subjetivo y experiencial sino aquel criterio de verdad que se erige institucional y que es tomado para su explicación

---

<sup>33</sup> Incluso, los monos verdes y los chimpancés mienten con “consciencia”. Se ha observado a un mono verde emitiendo la llamada “¡Cuidado! ¡Un león!” cuando no había ningún león por las inmediaciones. Esta alarma asustó convenientemente e hizo huir al otro mono que acababa de encontrar un plátano, lo que dejó solo al mentiroso, que pudo robar el premio para sí. (J. Goodall, 1965)

La ficción o la falsa conciencia se da cuando es sujeto se cuenta a sí mismo la historia que le han contado: *Lo que tengo es una enfermedad, y lo que ellos tienen es la cura... Lo que me ocurre no es consecuencia de mis decisiones ni de las decisiones que toma el Estado o el Mercado por mí. El sistema está bien, yo estoy mal...*

Las personas entienden fácilmente que los “primitivos” cimienten su orden social mediante creencias en fantasmas y espíritus, y que se reúnan cada luna llena para bailar juntos alrededor de una hoguera. Lo que no es fácil de apreciar es que nuestras instituciones modernas funcionan exactamente sobre la misma base (Volpi, 2011, pág. 38).

Si tomamos como ejemplo el mundo de instituciones de salud mental. Los psicólogos, los médicos y los psiquiatras modernos podrían ser vistos, en realidad, como poderosos hechiceros.

Algunos hechiceros son charlatanes, pero la mayoría de ellos creen sinceramente en la existencia de dioses y demonios. No mienten cuando detectan una posesión o un espíritu maligno habitando el cuerpo. Y ningún psiquiatra miente cuando diagnostica a alguien con un trastorno distímico de la personalidad y lo distingue de un trastorno bipolar de tipo monopolar I<sup>34</sup>.

Un hechicero es una persona, a) respetada por la comunidad, b) a la que la gente acude para aliviar un dolor, recibir la guía de los dioses, o eliminar a un espíritu que no le deja vivir bien. c) Basado en sus conocimientos (ancestrales y “brujísticos”), d) el hechicero decidirá si utiliza conjuros o pócimas para resolver la cuestión.

Un experto en salud mental (llámese psicólogo, psiquiatra o neurólogo) es una persona, a) cuyo reconocimiento es otorgado por el Estado a través de un título, b) al que la gente acude para aliviar un dolor, recibir la guía de ciencia, o eliminar una depresión que no le deja vivir bien. c) Basado en sus conocimientos (psicológicos y “organísmicos”), d) el

---

<sup>34</sup> Ambas, son categorías diagnósticas de los trastornos depresivos descritas en el manual DSM 5.

especialista decidirá si utiliza técnicas dialógicas o pastillas medicinales para resolver la cuestión.

La principal diferencia entre ellos y los chamanes tribales es que los expertos en salud mental modernos cuentan relatos mucho más extraños. La leyenda de la depresión como enfermedad nos proporciona un buen ejemplo. Y el testimonio de Hari lo ilustra con la obviedad que brinda la narración coherente dada por los expertos:

Quando era un adolescente, recuerdo ir con mi doctor y explicarle que tenía este sentimiento, esta sensación de como si tuviera un dolor que me estuviera desbordando. Y, realmente, no podía controlarlo. No entendía por qué estaba sucediendo. Además, me sentía bastante avergonzado de ello.

Entonces el doctor me contó una historia. (aún ahora, sé que tenía buenas intenciones). Para decirlo de manera simplificada, pero sin temor a equivocarme, el médico me dijo: *“Sabemos por qué la gente se pone así. Algunas personas, naturalmente, tienen un desequilibrio químico en su cerebro... eres claramente uno de ellos. Todo lo que tenemos que hacer es darle algunas medicinas a tu cerebro, y eso hará que su equilibrio vuelva a la normalidad”*. (J. Hari, 2017)

La ficción, surge porque se le esquilman herramientas esenciales al sujeto debido a un discurso narrativo que coloca el malestar dentro de su propio organismo, pero, paradójicamente, fuera de su propio alcance.

En este sentido, el discurso médico invierte la proyección subjetiva fetichizando al síntoma al aislarlo de la relación social. Estableciendo que no es la relación social la que crea la consciencia, sino la consciencia la que crea la relación. Es entonces, en la narrativa imaginaria, que se objetiva al sujeto como paciente, como número, como diagnóstico.

En otras palabras, la relación narrativa que existe en la vida de las personas, en los ambientes sociales que priman al sistema capitalista en la cultura occidental, son derivados de métodos basados en ficciones (¿falsa consciencia?). Ficciones que establecen, no sólo el

deber-ser del individuo, sino del mismo ser-en-sí. Al tiempo que establecen una relación de poder que acapara.

Es decir, mientras el sistema de salud mental sigue ganando un poder y un control social sin precedentes, el sujeto de a pie sigue perdiendo espacios y estructuras de control en su cotidianeidad. Pues, tal como lo estableció Foucault (1999), el poder se da en la relación (no se crea ni se destruye), se comparte, se compensa, y se asigna condicionalmente: Para que uno tenga más poder, el otro debe tener menos. Así, la narrativa actual le otorga poder a la institución al tiempo que se lo esquilma a la persona.

De ahí se deriva la difícil relación que establece el modelo médico, consigo mismo, con los pacientes diagnosticados y con el resto de las instituciones sociales. Ya que entre más poder de decisión se quita a las personas, más necesitadas están estas de poderes abstractos – institucionales – que les den (o les devuelvan) las herramientas para afrontar los avatares de la vida social. Lo que a su vez les resta a las primeras poder y les suma poder a las segundas.

De facto, el círculo de reacción positiva<sup>35</sup> establece una paradoja que se cierra alrededor del sufrimiento humano, pues, ante más profesionales de la salud mental, más diagnósticos de enfermedad se asientan, y tanto más diagnósticos, mayor es el número de pacientes con enfermedad, lo que a su vez genera la necesidad de más profesionales de la salud mental, que a su vez generarán más diagnósticos, etcétera.

De ahí la difícil tarea de analizar este discurso para encontrar, a partir de su eficacia, los efectos que estas narrativas tienen en el individuo, la comunidad y el fenómeno social en su conjunto. Y derivar las fallas y falencias de sus argumentos y los idealismos normativos en los que se sostienen.

Porque el triunfo de una ideología sólo se puede observar en su normativización. Porque la depresión ha dejado de ser una categoría clínica para convertirse en una especie de difuso consenso cultural. Se contagia por redes sociales, panfletos y publicidad; tiene

---

<sup>35</sup> También llamado efecto “bola de nieve”. Establece que una situación Causa A, provoca dos Efectos B, que a su vez provocan cuatro efectos A, que provocan ocho efectos B, y así sucesivamente.

sus ideólogos, sus portavoces, sus predicadores y sus comerciales, que no son sólo los psicólogos y psiquiatras del sistema de salud mental, ni las compañías farmacéuticas (que también, y con copiosos capitales de por medio).

La narrativa ha permeado tanto al discurso social que sus mejores difusores no son otros que los mismos pacientes aquejados, (diagnosticados o auto diagnosticados) que, en los últimos años, no han dejado de publicar su condición en redes sociales, creado documentales, grupos y asociaciones civiles internacionales, que no se cansan de dar testimonio y abrir debates.

Todo ello con la intención de dejar atrás el estigma de la invisibilidad y para invitar a otros a “salir del closet de la vergüenza” de tener una enfermedad mental. Actividad muy loable donde las haya. Pues se busca promover factores de protección sociales, es decir, mayores y mejores accesos a tratamientos, medicinas y atención clínica.

Pero el problema es que, la asunción de la depresión como enfermedad, los deriva a solicitar ayudas dentro de la misma narrativa que los puso ahí en primer lugar: *Si estoy enfermo, solicito que me curen. Incluso que me expliquen por qué estoy enfermo y que, en justicia, eliminen aquellos factores que me enfermaron* (que la narrativa deriva, difusamente hacia los neurotransmisores, a la contaminación o a la genética... apenas al entorno social y nunca al sistema mismo).

Que la socialización del sufrimiento permita quitar el estigma y visibilizarlo como un problema de millones de otros sujetos es una herramienta muy necesaria; la validación de seres humanos sufrientes es inexcusable, las buenas intenciones seguramente son incuestionables. Sin embargo, el sistema médico de salud mental, en la práctica, usa la necesidad de millones de personas de ser validados para crear más diagnósticos, difundir las opciones de tratamiento existentes (siempre dentro del modelo médico) y promover investigaciones tendientes a encontrar -en el organismo-, el patógeno subyacente de la depresión. En pocas palabras, la gente confía en el sistema médico porque su narrativa proviene de una ficción muy poderosa. La narrativa de la cura a través del modelo médico mismo.

Por eso, la insistencia en la existencia de la depresión, como enfermedad, ha llegado a ser tan universal, porque ya no se puede identificar una única fuente que la produzca.

Porque, el verdadero riesgo es que se critique (o se ataque) exclusivamente al sistema de salud mental como si fuera una empresa satánica – o como pura basura ideológica – y no como un discurso de eficacia probada con una narrativa poderosa. Puesto que, apenas sin ambages, esto supondría la positivización de la propia crítica y, eliminaría de facto – y de nuevo – a la persona real y su sufrimiento.

## 2.1. Corre dijo la tortuga. Un sistema que contagia Depresión.

...sálvame dijo el verdugo  
sé que has sido tu  
dijo el culpable  
(Corre dijo la tortuga. Joaquín Sabina 2015)

La depresión hoy en día está en todas partes. Los médicos de familia la diagnostican, las celebridades revelan que la padecen, a los niños se les dan recetas para combatirla, se habla de ella en los medios de comunicación, los personajes de las series televisadas luchan por vencerla, todos los días se postean miles de mensajes para visibilizarla en redes sociales.

Sin embargo, hace cuarenta años la depresión casi no se diagnosticaba en ningún lado (Leader, 2008), se consideraba que un pequeño porcentaje de la población sufría de depresión y tenía poca presencia como categoría diagnóstica. La gente era ansiosa o neurótica, pero no estaba deprimida. A veces esto se explica en términos de crecimiento del conocimiento científico: al mirar atrás nos damos cuenta de que siempre había estado presente y sin embargo sin diagnosticar. El florecimiento del diagnóstico es simplemente un signo de progreso científico (Gutiérrez, 2013).

Desde esta perspectiva, la depresión es el descubrimiento de una enfermedad única: tiene rasgos biológicos específicos y se encuentra en todas las sociedades humanas a través de la historia y se atribuye a un problema químico en el cerebro.

Sin embargo, esta explicación pasa por alto sus propios datos y números al eliminar registros y comparaciones históricas a conveniencia. Puesto que no sólo afirmaría que es una enfermedad no investigada, sino directamente no detectada por siglos de registro histórico.

Siendo que, hoy en día, es considerada una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y que afecta a trescientos millones de personas, su existencia a través de las diferentes culturas podría significar que nadie fue capaz de observar una epidemia sólo comparable con la lepra de los siglos XVI y XVII o la peste negra que asoló Europa en el siglo XIV. Epidemias que ciertamente fueron catalogadas y diagnosticadas hasta finales del siglo XIX, sin embargo, ampliamente detectadas y abordadas – que no eficientemente tratadas, hay que decirlo – desde su aparición y explosión en la demografía occidental en los siglos precedentes.

Una primera explicación es que, tal como lo afirmamos en el primer capítulo, el modelo médico actual ha englobado (¿“secuestrado”?) términos como tristeza, melancolía, duelo, frustración o desamparo o la misma depresión en un único término que lo sustituye: hoy, a todo esto, se le llama depresión.

Sin embargo, todas esas sensaciones y experiencias (eso que hoy se llama depresión) han sido descritas por distintas sociedades en distintas épocas, aunque sin el reduccionismo impuesto por las ciencias médicas contemporáneas. Los términos antes mencionados, como tristeza, melancolía, duelo, frustración o desamparo han llenado miles de páginas a través de los siglos de estudios tendientes a explicar y tratar los estados que hoy denominamos depresivos.

Eso sin tomar en cuenta las miles de historias de la literatura universal que han descrito, algunas veces con apabullante precisión – y con personajes inolvidables – los estados referidos desde el modelo médico actual con el reduccionista concepto de depresión, tal como si fueran una dolencia única (Leader, 2008).

Pueden encontrarse descripciones de la melancolía y sus síntomas en muchos registros literarios y médicos de la humanidad, aunque es la cultura griega clásica la primera en abordar explícitamente este trastorno del ánimo, sin recurrir a metáforas o

descripciones literarias (Postel & Quérel, 2001). Pero sabemos que, en Egipto, por ejemplo, ya hay descripciones, aunque elementales, de lo que era dicha melancolía (San Molina & Arranz Martí, 2011).

Precisamente por eso, porque ha sido mencionada en diferentes culturas, en diferentes tiempos y porque ha sido uno de los estados más estudiados y desarrollados a lo largo de la historia de la psicopatología, es que no dudamos de la melancolía como un hecho concreto. Y sí de la depresión como enfermedad.

Sin embargo, esta afirmación implica en sí misma una contradicción: ¿Lo que los antiguos llamaban melancolía es lo que hoy conocemos como depresión? Y, por tanto, ¿es sólo una actualización del término? ¿Al igual que la actualización del término locura por esquizofrenia o del trastorno maníaco-depresivo como trastorno bipolar?

Y si es así... ¿Por qué hay una epidemia real de depresión en el mundo? ¿Por qué los números de la depresión, como enfermedad incapacitante, se han disparado en los últimos 50 años? ¿es el resultado de una serie de determinaciones psico-fisiológicas inherentes a ciertos individuos? Es decir, ¿se encuentra en los genes? ¿En ciertas predisposiciones personales? ¿En la forma de estar en el mundo?

Los datos, arrojados por las mismas instituciones de salud y por todas las investigaciones estadísticas sobre tema, publicadas en las principales revistas de divulgación, nos dicen que la depresión se ha convertido en un problema de salud con dimensiones epidémicas. Algunos de ellos<sup>36</sup>:

- La depresión es el trastorno mental más frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Representa al 4% de la población mundial (OMS, 2018)

---

<sup>36</sup> Es importante aclarar que, en todo este apartado he asumido el criterio estadístico y cuantitativo que aportan las instituciones de salud mental, y no uno disciplinario, fisiológico o médico. Principalmente para confrontar el discurso sostenido específicamente en la estadística. Aunque también se debe considerar que, hacerlo en pos de criterios estadísticos, sería un nuevo fetichismo, por decir menos.



- Tan sólo en México, de acuerdo con el INEGI, 34.85 millones de personas declararon haberse deprimido al menos una vez en la vida: de ellas, 3.35 millones se han deprimido a diario y 4.62 millones, semanalmente (INEGI, 2014).
- Según otras fuentes, en México alrededor de 10 millones de personas padecen depresión, de las cuales, al menos una quinta parte desarrolla etapas crónicas de la enfermedad mental (Milenio, 2014).
- Su prevalencia es muy alta: el número de personas que la sufren a lo largo de su vida se sitúa entre el 8% y el 15% (OMS, 2018).
- La depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad (OMS, 2018).
- Es un trastorno que afecta más a la mujer que al hombre. En una proporción de 2 a 1 (National Institut of Mental Health, 2017).
- La depresión puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2014).
- Entre el 40% y el 70% de los pacientes abandona el tratamiento médico indicado para la depresión (National Institut of Mental Health, 2017).
- Los datos señalan que cada episodio depresivo incrementa la probabilidad de una recaída posterior. Aproximadamente, un 60% de los pacientes que ha sufrido un episodio depresivo presenta al menos una recurrencia a lo largo de su vida (National Institut of Mental Health, 2017).

A estos datos, hay que añadir la concreta circunstancia del enorme incremento en la incidencia de la depresión en los países desarrollados en los últimos veinticinco años – entre un 20% y un 50% de acuerdo con diversas fuentes (Pons-Estel, 2013) – y que tiene una correlación directa con la disponibilidad de la medicación. Medicación que ha aumentado hasta un 200% en los últimos diez años en Europa y hasta 400% en Estados Unidos (González, 2005).

Esto es así a pesar de que los nuevos medicamentos antidepresivos, lanzados *con bombo y platillo* a finales de los años setenta y que coinciden, irónicamente, con los años en los que se ha registrado aumento de la depresión, parecieran no ser eficaces como otros abordajes psicoterapéuticos y socio-comunitarios, y tampoco están exentos de efectos nocivos, según se suponía cuando fueron lanzados.

Lo cierto es que además la medicación antidepresiva supone un enorme gasto sanitario. De acuerdo con el periódico Excelsior, citando a Salomón Chertorivski, director de la Secretaría de Salud, en México, la venta de antidepresivos equivale a cerca de 180 millones de dólares al año (Excelsior, 2018).

Y el gasto de salud a nivel mundial para medicar la depresión es de 480 millones de euros al año (Divins, 2008)

Y si tomamos en cuenta que la depresión es la principal causa de suicidio (Bella, 2010), los números, aportados por los mismos países, nos dan una primera imagen de dónde se da el mayor índice de depresión y cómo se distribuye ésta en el mundo:

En Perú, Guatemala, Filipinas y Albania (países con pobreza e inestabilidad política), cada año se suicida una de cada 100,000 personas. Y En países ricos y pacíficos como Suiza, Francia, Japón y Nueva Zelanda, anualmente se quitan la vida 25 de cada 100,000 personas (Hari, 2018).

Mientras que en 1985 nueve de cada 100,000 surcoreanos se quitaban la vida, hoy en día la tasa anual de suicidios en el país supera el triple de la de aquel año: 30 de cada 100,000. Corea del Sur es considerada una potencia económica, sus ciudadanos figuran entre los mejor educados del mundo, y cuenta con un régimen estable y comparativamente democrático y liberal (The Lancet, 2014).

En 2012 murieron en todo el mundo unos 56 millones de personas, 620,000 a consecuencia de la violencia humana (la guerra acabó con la vida de 120,000 personas y el crimen, con la de otras 500,000). En cambio 800,000 se suicidaron (Harari, 2016). En nuestros días, hay mayor probabilidad de morir por decisión propia que morir por decisión

de otras personas. Por primera vez en la historia, mueren más personas por suicidio que por asesinato<sup>37</sup>.

Estos datos, entre muchos otros, son arrojados por los mismos países y recabados por la Organización Mundial de la Salud que los publica y dicta las estrategias de sanidad a seguir en los próximos años.

Sin embargo, ¿cómo explicar estos datos?... Hay una epidemia de depresión en el mundo, pero... ¿de qué depresión estamos hablando? ¿De la depresión que plantea el modelo médico? ¿Esa que incluye todas las frustraciones, todas las tristezas, todos los duelos por las pérdidas, todas las desolaciones y las pérdidas de esperanza? ¿Esa que también incluye a la apatía y el aburrimiento?

Pudiera ser que esta forma de entender la depresión sea parte del problema mismo. Pues, al tiempo que tantos aspectos diferentes de la condición humana se explican hoy en día en términos de déficits biológicos, las personas son despojadas de la complejidad de su vida mental y social. Haciendo que las explicaciones se vuelvan reduccionistas ¿las personas se están deprimiendo más que antes? O bien ¿son las instituciones y las etiquetaciones diagnósticas las que están elevando los números a rangos epidémicos?

Pero, la pregunta más importante sigue en el aire: ¿Qué es depresión?

A la vista de lo descrito anteriormente, y para las instituciones rectoras de la salud mental, todo puede ser depresión y la depresión puede ser casi cualquier cosa. Y esto, más que ninguna otra cosa, está convirtiendo la depresión en una epidemia.

No obstante, cualquier respuesta que demos a estas preguntas arroja varias implicaciones. Porque podemos hablar de la depresión del modelo médico y decir que la “enfermedad” de la depresión está convirtiéndose en una epidemia. También podemos hablar de lo que coloquialmente se está expresando como depresión, es decir a todas

---

<sup>37</sup> Sin embargo, es importante recalcar en que no está clara la correlación entre suicidio y depresión. Al buscar en distintas fuentes, parece que todas repiten la misma información en la que se citan unos a otros en un circuito que se realimenta sistemáticamente pero que parece tener una lógica: Sólo se intenta suicidar aquel que está deprimido; todos los que se suicidan lo hacen por depresión; y todos los depresivos tienden al suicidio.

aquellas emociones, sensaciones o angustias que vive la gente en la vida diaria y que hoy están englobadas en el mismo término: depresión y, por tanto, los números, anteriormente distribuidos en diferentes experiencias de vida, hoy son patologizados. O podemos hablar también de la experiencia psicológica de anhedonia y abulia que experimentan algunas personas y que está generando sufrimiento real en ellos y su entorno.

Las respuestas podrían variar elocuentemente de acuerdo a si tomamos una u otra definición. Y esa variación no es sólo significativa, sino que abre la categoría a la crítica del modelo médico actual, que no sólo está diagnosticando depresión, sino que, al mismo tiempo, no la está curando tal como afirma el mismo modelo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), para el 2030 la depresión será el mayor problema de salud pública después de las enfermedades del corazón. Afectará a entre el veinticinco y el cuarenta y cinco por ciento de la población adulta, con un incremento en niños y adolescentes. Eso significa un aproximado tres mil doscientos millones de personas. Es decir, para ponerlo en contexto: Es la población total de China, multiplicada por tres veces.

Según la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente, hay en la actualidad 3.5 millones de niños deprimidos en Estados Unidos, y más de seis por ciento de los niños de ese país están tomando medicamentos psiquiátricos (APA, 2013). En 1950, sin embargo, se estimaba que la depresión afectaba sólo a un 0.5 por ciento de la población (Postel & Quérel, 2001) ¿Qué fue lo que pasó durante la última mitad del siglo?

### *Nacidos para perder o Cómo se deprime la depresión*

Corre, dijo la tortuga  
Atrévete, dijo el cobarde  
Estoy de vuelta dijo un tipo  
que nunca fue a ninguna parte  
(Corre, dijo la tortuga. Joaquín Sabina, 1987)

Es importante aclarar que no estamos cuestionando la existencia de una enfermedad, de origen bio-genético o con daño fisiológico, que pueda causar los síntomas descritos en los manuales como depresión. La probabilidad estadística lo hace posible. Es decir, no estamos cuestionando la existencia de la depresión como enfermedad. Estadísticamente es probable. Tanto como existen personas que nacieron sin brazos o piernas, personas sin riñón o con daño estructural en el sistema digestivo. La probabilidad estadística nos dice, incluso, que es casi imposible que no existan personas con daño estructural neurológico cuyos síntomas sean los de un trastorno depresivo mayor.

Aunque no existan biomarcadores de agente patógeno, no dudamos que existan personas con falencias en el sistema neuronal o con fallas, de tipo mecánicas en su organismo que les provoquen abulia y anhedonia orgánica, ante los cuales, sólo queda confiar en las soluciones y tratamientos médicos (que tampoco funcionan, pero se los presupone), y que, representan (dependiendo de la investigación de referencia) entre el 0.5% y el 5% del total de personas detectadas o diagnosticadas con depresión. (Hari, 2018)

Pero eso significaría que, de los 300 millones de personas – que dicen los institutos de salud mental alrededor del mundo – que padecen depresión, la “enfermedad” sólo estaría presente en (de nuevo, dependiendo de la investigación de referencia) entre 1.5 millones de personas y 15 millones de personas.

Para ponerlo en contexto, si fuera el 5% (de los 300 millones) ese número es menor que la población total de todo el Valle de México, que tienen poco más de 15 millones. Y si fuera el 0.5% apenas alcanzaría para compararlo con ciudades como Tijuana o Ciudad Juárez, con un millón quinientos mil habitantes cada una.

Aunque no serían números desdeñables, y por supuesto, el dolor y padecimiento que causa una depresión clínica tampoco lo es, sí queda claro que la comparación de los números, epidémico-pandémicos, que reporta la Organización Mundial de la Salud, es, por decir lo menos, absurda.

Haríamos mal en no cuestionar el “por qué” de esos números en primer lugar. No son números inocentes. No es un fallo estadístico menor (la diferencia podría rondar los 295 millones de errores diagnósticos). Las probabilidades de que los resultados sólo sean

por la carencia de métodos más efectivos para hacer las mediciones no justifican la discrepancia (nadie cometería ese error en millones de dólares o en un censo poblacional, por ejemplo).

Y es que los efectos de recibir un diagnóstico no son menores, las personas se tienden a identificar con sus enfermedades (soy diabético, soy bulímico, soy depresivo) y se ven obligados a actuar en consecuencia: estoy enfermo, tengo que curarme. Cualquier otra respuesta le haría quedar como irresponsable o desinteresado ante el médico, pero, sobre todo, ante sí mismo, su familia y su comunidad.

Dependiendo de la enfermedad y de los tratamientos disponibles, la medicina impide o brinda herramientas para curar la enfermedad, para eliminar el padecimiento o para paliar los efectos del mismo<sup>38</sup>.

Tampoco los beneficios percibidos de dar un diagnóstico, como experto, son desdeñables. Foucault analizó muy bien las derivaciones de la relación experto-paciente en su libro *El Poder Psiquiátrico*, donde afirmaba que la relación simbiótica Experto-diagnóstico-paciente es la que construye y sostiene al dispositivo (Foucault M. , *El Poder Psiquiátrico*, 2014), es decir, al sistema de atención a la salud mental.

Al terapeuta le brinda sensaciones de control, pues el diagnóstico (la etiqueta, un nombre), le rescatan del marasmo de dolencias, ambiguos síntomas, variadas interpretaciones y, sobre todo, le permiten sentir que está haciendo algo para aliviar el dolor de la otra persona. Un diagnóstico (rápido y expedito) en el imaginario del terapeuta, le coloca en la posición de experto especialista. Le da un mapa de los pasos a seguir, al tiempo que, desde el sentido de pertenencia, enorgullece a los próceres del modelo médico.

Y es aquí donde se cierra el círculo de reacción positiva que aumenta el número de diagnósticos mientras aumenta el número de pacientes: a más especialistas de la salud mental, más diagnósticos y por tanto, más pacientes, lo que a su vez, dispara la necesidad de más especialistas...

---

<sup>38</sup> En el caso concreto de la depresión, abordaremos la cuestión de por qué “impide” un tratamiento efectivo a lo largo de toda la tesis.

Y qué opciones tienen las personas que son diagnosticadas (incluso por medio del autodiagnóstico, o una detección médica indolente o el comentario desinteresado de algún conocido) con una enfermedad o trastorno depresivo. Qué les ofrece el sistema médico o el sistema de salud mental en la cultura occidental (en oriente, hay que decirlo, se ofertan otros métodos) para eliminar la depresión de sus vidas.

Lo primero que tiene que hacer una persona con depresión es aceptar su enfermedad o trastorno, es decir, tiene que asumir su condición de dañado, afuncional o carente de recursos propios para enfrentar la situación. Ya que, el trastorno, ocurre dentro de su organismo y sin apenas consideración de la circunstancia.

Como cualquier otra enfermedad – y siempre, de acuerdo con el modelo médico, que registra y establece al agente patógeno – la persona debe esperar pacientemente (como paciente) que el médico resuelva su situación o le cure de su dolencia mediante técnicas, tecnologías o métodos ya contrastados científicamente. Y, en general, esas técnicas se reducen a soluciones bioquímicas que modifican el estado interno del organismo tendientes a eliminar al agente patógeno.

Ese método ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de millones de dolencias y enfermedades. No se cuestiona eso. Lo que se cuestiona es el sobrediagnóstico de una enfermedad que no presenta un agente patógeno específico y que sin embargo recibe tratamiento como si tal existiera.

Comparemos, como ejemplo, los resultados de tratamientos médicos arrojados por las instituciones médicas para otras dolencias o patógenos:

- Las muertes por enfermedades del corazón han disminuido en un 63% respecto a hace una década.
- Las muertes por infección bacteriana han casi desaparecido de los países desarrollados gracias a los antibióticos.
- Debido al tratamiento médico, más del 90% de las fracturas de hueso en extremidades, altas y bajas, resulta en la recuperación total del movimiento.

- Gracias a la vacunación masiva se ha conseguido erradicar de la tierra la viruela, una grave enfermedad que producía 5 millones de muertes al año apenas hace un siglo.
- Se ha conseguido reducir en más del 95% el número de casos de sarampión, tos ferina, difteria y haemophilus influenzae, enfermedades que representaban la primera causa de mortalidad en la primera mitad del siglo pasado.
- Se ha conseguido eliminar la poliomielitis de Europa, América y de Oceanía.
- Se han logrado aislar la propagación del virus del Ebolah, una enfermedad sin cura ni vacuna y altamente contagiosa que, el año pasado, reportó sólo 17 casos en el noreste africano.
- Gracias a las campañas antitabaco, se ha logrado reducir su consumo un 22% en todo el mundo, y su prevalencia como causante de enfermedades cardiovasculares se ha reducido un 12%.
- Y, mientras realizaba esta tesis, el virus del Covid-19 hizo su aparición en la tierra. A menos de 10 meses de su primer caso detectado, con “apenas” 50 millones de personas infectadas<sup>39</sup> y un poco más de un millón de muertes a nivel mundial, 6 farmacéuticas y 5 países dicen tener lista la vacuna. Y países como China, dicen haber erradicado la enfermedad en su territorio gracias a sus sistemas de sanidad (JHU CSSE COVID-19 Data).

Todos estos datos los podemos encontrar en la página oficial de la OMS (OMS, 2018) y todos ellos, con patógenos objetivados, con abordajes de tipo médico muy efectivos. Ahora, comparemos estos datos con los que tenemos sobre la depresión, donde los números sólo aumentan: 300 millones de personas, con una prevalencia de hasta el 20% en poblaciones anglosajonas, con un crecimiento de entre el 5% y el 40% anual, cuyas proyecciones la sitúan como la principal causa de discapacidad en el mundo en 10 años, y el largo etcétera de datos que ya mencionamos anteriormente.

---

<sup>39</sup> La palabra “apenas” hace referencia no al número de contagios de coronavirus sino a su comparación absurda con los trescientos millones de “infectados” por depresión en el mundo.



Independientemente de qué sea la depresión, cuáles sean sus causas y por qué está generando sufrimiento, el enfoque médico en el que está inserta la depresión (de detección-diagnóstico-tratamiento) claramente no está funcionando.

Es en esta circunstancia en la que, el diagnóstico impide otros abordajes, porque establece claramente la existencia de una enfermedad, por tanto, la necesidad de un tratamiento médico, por tanto, la existencia de pacientes y la necesidad de cura.

Pero ¿Y si la mayoría de las personas diagnosticadas con depresión no necesitaran curarse? ¿Esencialmente porque no es una enfermedad?

Es por ello que se hace indispensable cuestionar, no sólo los abordajes que se hacen en los tratamientos médicos hacia la depresión, sino también las cifras que se presentan.

Puesto que el número de personas con depresión en el mundo ya rebasa la población de varios países y dado que el número sigue creciendo – exponencialmente, para más inri – y dado que estos datos no pueden ser atribuidos a errores metodológicos o discrepancias estadísticas simples, los cuestionamientos deben dirigirse, entonces, a aquellos agentes que reciben un beneficio por ello. Y una exploración simple y gruesa arroja que no existen mayores beneficiarios que el Estado y el mercado.

Y esto es debido a que el beneficio se presenta obvio para ambas partes: El Estado elimina disidencias mientras establece que su sistema es eficiente, necesario e inmodificable, ya que, una persona deprimida no buscará modificar su entorno para desarrollarse o potenciar su existencia y la de su comunidad, sino que buscará dentro de sí mismo la falencia orgánica que le impide tener una vida satisfactoria. Esa búsqueda se hace interminable, porque no existe tal falencia, pero se le presupone (*“tengo que seguir buscando qué está mal en mí...”*), por tanto, se hace imposible, lo que mantiene a la persona sujeta a una responsabilidad – a una culpa – individual y a una tarea titánica sin solución ni salida.

Empero, al mismo tiempo, le es arrebatado cualquier intento de solución o modificación a través de la identificación de enfermedad. Pues el sistema médico se ha esforzado mucho en asumir toda la responsabilidad del control, tratamiento y cura de las

enfermedades y de la relación salud-enfermedad en general: Una “enfermedad” sólo es “curable” por el método médico. Otros abordajes u opciones de acercamiento al fenómeno son vistos y señalados por el sistema como pseudociencias o charlatanerías, pues no siguen el riguroso método científico impuesto por el mismo sistema. Y el individuo que se resiste al abordaje médico-terapéutico-sanador es acusado de presentar resistencias al tratamiento.

En otras palabras, el mensaje que envía el sistema médico es: *El problema es tuyo, pero yo tengo la solución.* Y la persona lo traduce como: *Mi propia imposibilidad para adecuarme al mundo en el que vivo, sólo existe porque yo estoy mal, dañado y enfermo. Yo debo cargar con ello, pues está en mi organismo. Ni la sociedad, ni la cultura, ni el sistema me provocan o son copartícipes de mi daño. Pero, además, como estoy enfermo, sólo un experto técnico en enfermedades puede curarme de esto.*

En realidad, no es una ilusión tan difícil de asumir: las sensaciones de insatisfacción, de desesperanza, de incomodidad, de tristeza o de incapacidad para participar del mundo social sólo son vividas por el individuo (dentro de su psique), al tiempo que son percibidas y rechazadas por un entorno social que lo señala: Tú estás mal.

En otras palabras: *Estas enfermo, y al mismo tiempo, las herramientas que te ofrece el mundo para “curarte” sólo las tiene el Mercado.* Es un cuento de nunca acabar.

Y es precisamente el hecho de que los beneficios para el mercado sean tan pingües – por la venta de tratamientos, curas, esquemas y medicamentos antidepresivos – lo que nos impele a atribuir al sistema Estado-Mercado, es decir, al sistema capitalista como el responsable de tales diagnósticos, y no a la existencia de una enfermedad que se esté volviendo epidémica.

El sobrediagnóstico le conviene al sistema, no al individuo.

Por todo esto, es importante distinguir aquellos estados llamados depresivos que se inscriben dentro de la misma categoría clínica – depresión – que sin embargo tienen otras causas, otros fenómenos y otros efectos: no se encuentran dentro del individuo, no son una enfermedad y, por tanto, no son curables. No los vamos a encontrar dentro de la categoría Salud-Enfermedad impuestas por el sistema. Pero entonces ¿Dónde?

Se hace imprescindible explorar categorías tales como insatisfacción, injusticia, impotencia, desesperanza y silencio. Es decir, en categorías netamente sociales.

### *A ti que te lo haces. El trabajo psicoterapéutico con personas en estados depresivos*

Oiga doctor,  
Devuélvame mi depresión...  
¿No ve que los amigos se apartan de mí?  
Dicen que no se puede consentir  
esta sonrisa idiota.  
(Oiga Doctor. Joaquín Sabina 1987)

Por mi consultorio, he visto desfilar centenas de personas con diagnóstico (o autodiagnóstico) de depresión. Y es la práctica clínica, en la experiencia de acompañamiento psicoterapéutico, con individuos aquejados de las mismas angustias y preocupaciones, la que, en última instancia, ha modificado mi perspectiva de la depresión.

Yo, como todos los estudiantes de psicología formados en instituciones occidentales<sup>40</sup>, aceptaba las definiciones de los manuales psiquiátricos de tratamiento. Y abordaba los tratamientos de las personas con depresión con la técnica que dichos manuales recomendaban.

No sobra decir que dichos manuales se inscriben dentro del modelo médico de atención, un modelo que analizaré más adelante, y que, en su mayoría, describen a la depresión como una enfermedad que sufre el individuo, cuyo origen es orgánico y debido a un mal funcionamiento en el sistema neuro-químico del cerebro. En los manuales, no se describen, o se hace muy vagamente, las relaciones causales con la interacción social, la interrelación o los aspectos culturales que propician el diagnóstico.

Desde esa perspectiva, mi trabajo consistía en ayudar al sujeto a aceptar que estaba enfermo – la depresión es una enfermedad que se encuentra en su cerebro – y convencerlo

---

<sup>40</sup> Estudié la licenciatura en una universidad pública, después estudié una maestría en una universidad particular, además tuve la oportunidad de estudiar en dos países diferentes (España y Canadá) cursos y especialidades. Puedo afirmar que el modelo es el mismo, una rápida búsqueda en internet lo confirma.

que yo, como experto, como técnico en salud mental, tenía una solución, una cura para su enfermedad.

Si confiaba en mí, si seguía mis instrucciones y tomaba su medicación antidepresiva, tal como lo recomendaba la etiqueta de la caja de pastillas, yo le curaría de ella; y la curación consistiría en que se sentiría mejor después de unos días, independientemente de las circunstancias que le hubieran llevado a solicitar mi ayuda<sup>41</sup>.

La fórmula era sencilla, sólo había que seguir los manuales de instrucción que, específicamente, dictaban los cuatro o cinco síntomas – en un período de tiempo establecido – para hacer el diagnóstico, cuya base teórica de lo que es enfermedad, se encuentra en la definición de la Organización Mundial de la Salud.

Los expertos de la Asociación Psiquiátrica Americana lo avalan, cientos de autores y libros lo confirman. La práctica y el tratamiento parecen a prueba de balas.

Si el sujeto llegaba diciendo que sentía una tristeza profunda, entonces – y siguiendo en estricto sentido la definición – se le diagnosticaba depresión, y el tratamiento era antidepresivos e instrucciones para sentirse bien consigo mismo (generalmente, ese sentimiento está asociado a sentirse productivo de nuevo). Si el sujeto llegaba diciendo que llevaba unos días con estado de ánimo decaído, se le diagnosticaba depresión y el tratamiento era antidepresivos e instrucciones para sentirse bien consigo mismo. Si el sujeto llegaba diciendo que no se quería a sí mismo o que era un fracasado social, rápidamente eso se traducía en baja autoestima... tenía depresión y el tratamiento era antidepresivos e instrucciones para sentirse bien consigo mismo. Si no conseguía trabajo, si no tenía pareja, si se sentía sólo, si su tolerancia al maltrato tocaba un límite, si la frustración o la desesperanza lo alcanzaban... el tratamiento es el mismo.

Desde los primeros años de práctica tuve que aceptar que algo no funcionaba en el tratamiento. Por un lado, la mayoría de las personas abandonaba el tratamiento después de unas cuantas sesiones, sin signos de recuperación evidentes, simplemente repelían la propuesta y buscaban otras opciones. Por otro lado, algunos, incluso, parecían mejorar sin

---

<sup>41</sup> Como psicólogo psicoterapeuta no puedo recetar medicamentos, sin embargo, sí puedo recomendar e incluso solicitar atención psiquiátrica para devenir la atención farmacológica.

seguir el tratamiento, y por tanto también lo abandonaban. O bien, las personas que seguían el tratamiento al pie de la letra no parecían presentar una mejora significativa: en general, se sentían más confundidos y “deprimidos” conforme el tratamiento avanzaba.

Incluso, a aquellas personas que tomaban pastillas antidepresivas solían ocurrirles una de dos cosas: o parecían caer en desolaciones profundas y los intentos de suicidio se multiplicaban<sup>42</sup>, o, aunque en un primer momento reportaran estados de bienestar subjetivos significativos, solían tener recaídas cada vez más fuertes en estados depresivos cada vez más largos. Algo no estaba funcionando<sup>43</sup>.

Sin embargo, como ya mencioné, una de las primeras cosas que descubrí es que la mayoría de la gente que dice estar deprimida y que, incluso, ha sido diagnosticada (y tratada) como depresiva, lo que suele tener es tristeza, o frustración, o se encuentra viviendo un duelo por una pérdida importante, o se encuentra viviendo una crisis existencial porque sus sueños o sus anhelos han cambiado<sup>44</sup>.

A partir del contacto con personas en consulta psicoterapéutica, aprendí que, para evitar hacer sobrediagnósticos de depresión, la clave está en que se pueden detectar emociones: tristeza, episodios de ira, energía para realizar ciertas actividades. También se puede observar la presencia de vínculos relacionales: relaciones significativas como amigos, padres, parejas; y/o causas directas de su estado de ánimo: como la frustración por un trabajo monótono o mal pagado, desolación por la pérdida de un ser querido, incapacidad para visualizar un futuro, impotencia ante un hecho o circunstancia familiar o comunitaria, etc.

---

<sup>42</sup> Desde el 2006, la FDA de los EE.UU. emitió una advertencia sobre el riesgo de suicidio en relación con el uso de antidepresivos. Esta advertencia se basó, principalmente, en la detección de ideación suicida e intentos de suicidio en esta población. (Riesgo de suicidio por antidepresivos, Marzo 2017). La correlación entre antidepresivos e ideas suicidas es tan elevada que, incluso, algunos investigadores, afirman que las produce.

<sup>43</sup> En las instrucciones que dan las mismas empresas farmacológicas sobre antidepresivos, indican que, para que haga “efecto” el medicamento, se deben esperar de 3 a 4 semanas. Y es muy interesante anotar que 3 o 4 semanas es un tiempo más que suficiente para superar una pérdida menor o aliviar la tensión de una circunstancia, o resolver una pequeña crisis de la existencia. Sin embargo, el medicamento se arroja la sensación de bienestar como parte del efecto medicinal de las pastillas.

<sup>44</sup> Es importante aclarar que, cuando hablo de crisis existencial, no utilizo el concepto como categoría, sino como representación de momentos de la existencia, como momentos de decisión importantes, por ejemplo: terminar los estudios, un casamiento, un divorcio, cumplir treinta años, conseguir o perder un empleo, etc.

## 2.2. Donde habita el olvido. Abrir las categorías para romper la Depresión

Y la vida siguió  
Como siguen las cosas  
Que no tienen mucho sentido...  
(Donde habita el olvido. Sabina 1999)

En la actualidad, la detección, explicación y tratamiento que reciben las personas depresivas en el mundo occidental (en sus diferentes variantes definitorias, que van desde el trastorno depresivo mayor, hasta el trastorno depresivo leve, pasando por la distimia, el trastorno monopolar y el trastorno esquizoafectivo) ha sido encadenada al modelo médico de atención, que, como argumentamos a lo largo de la tesis, tiene tres características: es positiva, es normativa y responde al credo implantado por el modo de vida capitalista.

En la práctica, esto quiere decir que la explicación, la investigación y el tratamiento de la depresión, han convertido a la misma, más que un estado existencial que responde a las exigencias sociales, en una enfermedad, fundamentalmente bioquímica y susceptible de tratamiento esencialmente farmacológico.

El diagnóstico de enfermedad mental, desde el modelo médico (individual, positivo y normativo) se ha adaptado a una concepción organicista o biologicista del comportamiento humano que dice que toda la conducta (que incluye el pensamiento, la actitud, la acción y la relación) es generada por y en el organismo, y todo fallo o desviación de la misma, es y debe ser arreglado en este último. Sobre todo, si dichos fallos alteran o disrumpen al modo de vida “normal” que impone el sistema social.

Es así como toda la relación social y toda la responsabilidad del sistema (un sistema que argumentamos enfermo en-sí) es anulada o menospreciada, haciendo que lo único que quede, es dar paso a categorías y clasificaciones psicopatológicas individuales. Pues el modelo médico se ha deslindado de las aproximaciones filosóficas (de hecho, de cualquier teoría del hombre), sociológicas e incluso psicológicas, para basarse, exclusivamente, en la

llamada ciencia médica. Siendo el cerebro el único cuerpo de su intervención como órgano dañado o disfuncional y viendo al individuo (aislado) sólo como portador de ese cerebro.

El concepto clave surgido de este modelo es el de enfermedad.

Cualquier alteración psicológica en el comportamiento de un sujeto se interpreta como signo o síntoma de una enfermedad o trastorno orgánico subyacente, debiendo ser diagnosticado, y, en consecuencia, realizar el tratamiento médico dirigido a remediar el agente patológico causante (Carrobbles, 1985).

Pero, entonces ¿Qué es depresión?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018) – máxima rectora de las políticas y definiciones de lo saludable y lo enfermo en la sociedad globalizada de nuestros días – la depresión es:

Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. (OMS, 2018)

Pero ¿qué describe esta definición? ¿Qué explica? ¿A quién describe?

Si observamos y analizamos las categorías utilizadas – desde tristeza profunda hasta disminución de las funciones psíquicas – no es difícil encontrar los varios problemas y los sesgos ideológicos con que está construido todo el edificio de la enfermedad depresiva. Pero es en el análisis de cada categoría donde encontraremos las cuestiones subyacentes del verdadero problema:

### *Tristeza Profunda*

¿Qué es tristeza profunda? ¿Cuándo es profunda y qué define si es superficial? ¿Qué rasgos físicos o psíquicos son distintivos de una tristeza en general?

Si observamos a las personas a nuestro alrededor, podremos notar que las expresiones de tristeza pueden variar significativamente de una persona a otra. Incluso, he escuchado a psicólogos afirmar que existen personas que no saben que están tristes; “No

estás deprimido, estás distraído” diría Jorge Bucay, uno de los psicoterapeutas más célebres de la literatura hispanoparlante<sup>45</sup>.

Y si observamos las definiciones de cualquier diccionario, nos dirá que la tristeza es una sensación común ante la pérdida (de un ser querido, por ejemplo), un sentimiento de aflicción, desánimo o desilusión.

La tristeza pareciera estar “programada” en la naturaleza del mamífero humano como una respuesta adaptativa a los cambios del ambiente (Álvaro , Garrido, & Schweiger, 2008).

En general no es una sensación desconocida o nueva para la mayoría de los humanos. Incluso, se le ha descrito metafóricamente (acaso habrá otra manera) como un mecanismo de protección (Andrews & Anderson-Thompson , 2010); dado que la persona en tristeza tiende al autocuidado (lamerse las heridas), a la reflexión (los pensamientos recurrentes suelen ser una estrategia mental para entender el evento, la situación o la pérdida) y a protegerse del ambiente que le rodea (el aislamiento necesario para reconstruirse). Conductas que, adaptativamente, permitieron la supervivencia de individuos después de un evento trágico, un accidente o la pérdida de un miembro importante de la manada.

Sin embargo, también es probable que estemos condicionados a reaccionar a la tristeza de Otros y a buscar su alivio (Andrews & Anderson-Thompson , 2010), esto lo convierte, en última instancia, más en un problema para los otros que para el individuo triste. Sabemos, por ejemplo, que el llanto es la primera forma de comunicación de los bebés. Es la forma más poderosa y eficaz para conseguir la atención de sus padres. Es probable que hayamos evolucionado para reaccionar activamente para aliviar el llanto. Y el llanto es el signo más característico de la tristeza.

---

<sup>45</sup> Jorge Bucay (Buenos Aires, 1949) es un médico, psico dramaturgo, terapeuta gestáltico y escritor argentino que ha publicado una veintena de libros sobre psicología y desarrollo humano. No es necesario referenciarlo ya que no lo volveré a citar.



Estar triste en un entorno social, casi siempre dispara reacciones que inquietan a los otros, y estos, intentan dar alivio o emiten rechazo (“...ya no llores” “...no te sientas triste” “...mira el lado positivo”) diseñados para inhibir la tristeza del Otro.

Si estar triste es una reacción evolutiva ante la pérdida, presente en todos los humanos de la tierra (y, muy probablemente, en todos los mamíferos también) ¿qué ha convertido a la tristeza en un síntoma de depresión? ¿el que sea profunda y no superficial?

Pero ¿qué la hace profunda? Si asumimos que dicha profundidad está referenciada por su continuidad o duración ¿quién dicta los tiempos mínimos y máximos para sentir tristeza? ¿cuánto tiempo es mucho tiempo? Quién dice que 2 días es normal para sentir tristeza por la pérdida de un trabajo, pero 20 días ya no ¿y ante la pérdida de un ser querido? ¿y ante la pérdida de la inocencia? ¿y la seguridad? ¿y la confianza?... ¿y el largo etcétera de pérdidas que enfrentamos los humanos día con día?

Es entonces probable que la tristeza profunda esté categorizada por una normativa estrictamente social, que no individual ni orgánica. Normativa basada en lo que el entorno social espera del individuo. Y esto significaría que la tristeza profunda no está en el organismo, si no en la expectativa del sistema social. Por tanto, no habría cabida para cualquier intento de cura.

Y, de cualquier manera, es probable que una tristeza continuada y sostenida en un tiempo prolongado sólo sea un efecto derivado de no poder expresar dicha tristeza. No es difícil encontrar a personas que no pueden expresar lo que sienten porque es mal visto por su entorno social o recibe algún tipo de juicio despectivo. Así, expresar tristeza en ambientes laborales es visto como falta de profesionalidad, en ámbitos escolares como debilidad e, incluso, en relaciones interpersonales, como vulnerabilidad.

Es precisamente este valor, el de la expresión en ambientes receptivos, el que sostiene prácticas grupales tan conocidas y ejercidas en todo el mundo como las de Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos y Drogadictos Anónimos<sup>46</sup> y que han

---

<sup>46</sup> Los grupos A.A., N.A. y D.A. son comunidades internacionales de ayuda contra el alcoholismo, la neurosis y la drogodependencia. Consisten en agrupaciones de plena autonomía de personas que comparten su mutua experiencia para resolver el problema común y ayudar a otros a recuperarse.

reportado alivio y consuelo a millones de personas. Sin ir más lejos, es el principio terapéutico de todo el ejercicio (valga la redundancia) psicoterapéutico.

Entonces, cabe preguntar ¿En qué momento se convierte en un problema? ¿Será posible que la tristeza (profunda o superficial) sólo sea un problema en un entorno social que no la permite? ¿Y esto es así porque la tristeza es una sensación/expresión poco productiva o activa? ¿tendiente al ensimismamiento y a la autorreflexión? Elementos que, como mencionamos, no suelen ser bien recibidos por el Estado y el mercado. En esencia, una persona triste produce menos y compra menos.

En suma, estar profundamente triste: 1) es más un problema para el Otro, no para el individuo. 2) Es más probable que sea un proceso de adaptación individual, no un síntoma de enfermedad, de falla, de dolencia o de trastorno. 3) Es más un problema para el Estado y el Mercado que para el individuo. Y 3) Sin embargo, su eliminación, en el individuo (del organismo del individuo) es uno de los objetivos primordiales del tratamiento médico.

Pero este sólo es el primer el sesgo de las categorías impuestas por el modelo médico para definir y tratar a la depresión.

### *Decaimiento Anímico*

Es, si cabe, la categoría diagnóstica más ambigua del trastorno depresivo.

¿Qué es decaimiento anímico? ¿Es cuando el estado de ánimo se encuentra caído? ¿Caído de dónde? ¿Dónde estaba o dónde tendría que estar si no se hubiera caído?

Al decaimiento anímico se le describe como un estado de fatiga o como una sensación de falta de energía o falta de ganas para realizar actividades cotidianas.

Es difícil de definir ya que no existe como concepto único. El decaimiento anímico hace referencia al estado de ánimo, que, a su vez, es definida como una actitud o disposición ante la vida. Coloquialmente suele estar asociada a los estados de humor de las personas y a las sensaciones generales presentes en eventos de duración media o moderada (un día, unas vacaciones, una jornada laboral). “Estar de mal humor”, “bajoneado” o “con ánimos bajos” suelen ser expresiones comunes.

Cuando no está correlacionado con una enfermedad orgánica que pueda disminuir las funciones físicas, fisiológicas y psíquicas (como una gripe, una diarrea o un cáncer), que devenga en un estado de fatiga general, su registro se sustenta generalmente en la relación que establece el individuo con su entorno.

Los autores no se ponen de acuerdo sobre si el estado de ánimo es una situación emocional transitoria o si tiende a ser permanente, con duración prolongada y estable en el tiempo. Pero esa discrepancia, no es una cuestión menor.

Para los budistas, el estado de ánimo se encuentra en el momento presente, en el aquí y el ahora de la situación actual, independiente de la circunstancia pasada o futura en la que devenga el sujeto. Por tanto, es transitoria y poco útil como registro de experiencia de vida. El desapego emocional es la máxima budista de una buena vida<sup>47</sup>.

Para los adeptos a la cultura del optimismo, del pensamiento positivo y la felicidad como valores supremos de la existencia – que, como veremos más adelante, son las categorías obligatorias de la existencia social en occidente –, el estado de ánimo (el registro de...) es muy importante, ya que el ánimo debe (como obligatoriedad normativa) estar siempre alto, siempre arriba, siempre positivo, feliz y, de ser posible, “por las nubes”.

Un estado de ánimo depresivo, caído, bajo, negativo o triste, no sólo es mal visto, sino que es contrario a la normativa social del deber-ser. Un deber-ser establecido por construcciones estereotipadas de lo que está bien y es bueno para el individuo.

Para occidente, tener un estado de ánimo positivo es estar bien, lo contrario es estar mal. Y este concepto, es retomado (¿secuestrado?) por el modelo médico para asignar, con la jurisprudencia que da el estatus de científico, aquello que está mal, carente, trastornado o anormal; en suma, enfermo.

Es por ello que el decaimiento anímico es síntoma de enfermedad. Sin embargo 1) es un registro transitorio, ambiguo e individual, no permanente como supone el deber-ser social, 2) en general, se sustenta en la experiencia social del sujeto, no en su organismo o

---

<sup>47</sup> Se expone y se contrapone el pensamiento budista como una forma de referenciar, desde otras culturas, el mismo concepto. No se le presupone como una vía mejor o más adecuada.

fisiología, 3) es un problema para la cultura del sujeto feliz y positivo, no para el individuo, y 4) es el modelo médico el que traduce en síntoma un problema de contracultura.

### *Baja Autoestima*

A pesar de lo coloquial que ya resulta el término, pues se ocupa, lo mismo para describir a delincuentes, que para encasillar a toda la generación *millennial*, que para, como no, diagnosticar depresión, el término es conflictivo:

¿Qué es baja autoestima? ¿A partir de cuántos litros/metros/gramos tengo bajas las reservas de la autoestima? ¿Cómo se llenan?

Autoestima es un término que aparece, tímidamente, en la literatura psicológica en los años sesenta, se populariza a inicios de los ochentas y acapara la cultura popular desde entonces. Probablemente ningún otro concepto de la literatura psicológica, desde los tiempos del inconsciente freudiano, haya tenido tanta visibilidad y repercusión cultural (como categoría puramente psicológica) como el concepto de autoestima.

Se han escrito cientos de libros, millones de artículos de revistas de investigación y del corazón lo han usado como concepto, es fácil escucharlo en conferencias y charlas de reputados psicólogos. Incluso, es una expresión común en las charlas informales de sobremesa, que suelen terminar con “Amiga, es que tienes baja autoestima...”.

En mi experiencia como terapeuta, desde hace aproximadamente diez años empecé a ver que la sociedad estaba arrojando otra carga, injusta e inoportuna, sobre las personas que ya cargaban con estados de malestar emocional, una carga que parecía venir de las creencias populares sobre la autoestima. Las personas que venían a mi consulta empezaban a contarme historias sobre amigos bien intencionados que les habían dicho: “Tienes muy baja autoestima...”, “Tienes que subir tu autoestima...” o “Eso te pasa porque no te quieres...” etc.

Desde hace poco más de una década, esa solicitud: “Ayúdeme a subir mi autoestima” es una de las más comunes en las primeras sesiones de terapia.

Pero ¿Qué es autoestima?

A grandes rasgos la podemos definir como la medida que se usa para registrar el gusto personal por uno mismo. Es un factor de medida que me dice: si me gusto o no me gusto, me acepto o no me acepto, me caigo bien o no. En general, es un concepto que trata de responder a una cuestión muy simple: Qué tanto me estimo.

Como ya se puede notar, es un proceso de evaluación a) personal, b) arbitrario y c) carente de factor de medida. Personal, porque sólo el individuo puede registrar el cariño que se tiene a sí mismo (que exista un sí mismo aislado de la relación social, lo abordaremos más adelante). Arbitrario, porque depende solamente de la voluntad (o estado de ánimo) de la persona que lo registra, y no obedece a principios dictados por razón, lógica o ley. Carente de medición, ya que no existen biomarcadores de altas o bajas autoestimas: al bajar la autoestima no baja la presión sanguínea o al subir la autoestima no cambia el Ph de la orina. Se sustenta, de hecho, exclusivamente en las evaluaciones dirigidas hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.<sup>48</sup>

Lacán (1971) estableció que todos tenemos registrada una imagen mental de quienes somos, qué aspecto tenemos, en qué somos buenos y en qué fallamos, no tanto por un registro objetivo de nuestras capacidades, sino por la existencia y “la mirada” del Otro<sup>49</sup>.

Es decir, si el Otro (en la acepción lacaniana, el Otro representa a cualquier otro, a todos los otros, al gran Otro – a todas las otredades), me mira bello, entonces yo me embellezco, si el Otro me mira inteligente, yo me percibo inteligente, si el Otro me quiere, yo me quiero. Por el contrario, si el Otro me repudia, no tengo más opción que repudiarlo, si el Otro opina que soy tonto, terminaré pensando que lo soy, si el Otro me detesta me terminaré detestando.

---

<sup>48</sup> De hecho, se han realizado estudios muy convincentes que indican que, en general somos muy malos en establecer si una persona tiene una autoestima alta o baja (Ellis, 2005).

<sup>49</sup> El primer reflejo aparece en la infancia. El niño distingue quién es, no tanto por objetivarse a sí mismo, sino por la objetivación que recibe de la madre. Son los padres los espejos donde observamos nuestras primeras imágenes.

En palabras prácticas, la autoimagen es el resultado del reflejo que proyecta el entorno social hacia el individuo. No es el resultado del reflejo que proyecta el individuo a su entorno. No se construye de adentro hacia afuera, sino de afuera hacia adentro<sup>50</sup>.

Son varios los autores (Freud, Ellis, Rogers, Klein, Lacán y otros) que han analizado el cómo, cuándo, por qué y dónde se da la construcción completa del Yo (el Ego psicoanalítico) y coinciden en que no proviene de las condiciones orgánico-fisiológicas de individuo. Es decir, la autoimagen, la autoreferencia, el autoconcepto y la autoestima no están ligadas a ningún proceso bioquímico o biogénico<sup>51</sup>.

La mayoría de los autores señalan a las figuras paternas como las responsables de la construcción Yoica. La paradoja del cachorro humano es que, a diferencia del resto de los cachorros de los grandes mamíferos, es parido completamente a merced de los demás.

No sabe buscar comida, no sabe defenderse del frío ni del dolor, ni siquiera puede desplazarse, apenas sabe succionar y llorar. Toda su expectativa de vida (de mantenerse vivo) van a depender de cómo los otros interpreten las explosiones de su fisionomía. Es decir, toda la existencia del bebé depende de cómo los adultos interpreten su ser.

No es exagerado decir entonces que todo el concepto que tenemos de nosotros mismos; de nuestro ser, de nuestra existencia – autoestima incluida – fue construido por nuestros padres, nuestras figuras de apego infantiles y, poco a poco, desarrollada por la cultura social en la que vivimos.

Y esto es porque, poco a poco, vamos ganando cierta autonomía y capacidad de elección. Dentro de ciertos límites (límites sociales, generalmente), organizamos simpatías, seleccionamos amistades, hacemos compañeros en diversos contextos, nos acercamos a otras familias, nos apasionamos, nos enamoramos, constituimos nuevas familias, llegamos

---

<sup>50</sup> En realidad, cuando decimos que un diagnóstico es identificatorio, por ejemplo, que una persona se identifica como depresivo, bipolar o paranoico, nos referimos precisamente a la autoimagen que asume una persona cuando recibe una etiqueta de ese calibre. Porque ¿Cómo menospreciar o menos validar una etiqueta diagnóstica cuando viene dictaminada por la figura de autoridad que es el experto?

<sup>51</sup> Un hijo adoptado, por ejemplo, tiende a auto referenciarse a través de sus padres adoptivos. Un bebé mexicano adoptado en Alemania no hablará español, y podría no conocer su cultura o sus costumbres. Y su autoimagen NO dependerá del lugar de nacimiento, la cultura de los padres biológicos o la alta o baja autoestima del tío materno.

a consultar a psicoterapeutas, aprendemos, viajamos, nos conectamos a internet, vemos la televisión. De ahí la importancia de la socialización.

Esto es: establecemos relaciones con otros (el gran Otro lacaniano) que nos reflejan nuevas imágenes de nosotros mismos (es decir, aumenta el número de espejos).

Pero ¿Qué imagen de sí desarrolla una persona en la actualidad? De qué autoestima hablamos cuando hablamos de cada historia específica. El problema dista mucho de ser sencillo, pero dista más de ser generalizable. Si existieran estándares biológicos, de género, de raza o de continente, incluso estándares socioeconómicos o culturales, bastaría con crear entornos muy específicos que generarían autoestimas muy específicas, sin embargo, lo contrario es lo observable.

Cada uno tiene su circunstancia, que se manifiesta desde el nacimiento. Esa circunstancia es única para cada persona, y eso es lo que podríamos llamar historia personal, en el seno de la enorme y rica variedad humana. Es decir, esa circunstancia se puede representar dentro de una narración que define la propia vida, pero no es estable, no es invariable y por supuesto, no es siempre agradable.

Así pues, una persona no se puede gustar a sí misma independientemente del contexto en el que se desarrolla. Sin embargo, para algunas personas es muy decepcionante saber que ni siquiera esa capacidad elemental de que le guste o le deje de gustar su cuerpo, sus facciones, su voz, sus conductas, su personalidad, depende de ellos<sup>52</sup>.

Todos hemos tenido la experiencia de mirarnos en el espejo y que no nos guste lo que vemos, unas veces sí y otras no. Ello depende de un estado de ánimo que, como ya vimos, tampoco es estable. Porque, además, no solemos vernos objetivamente, sino a través

---

<sup>52</sup> A mis estudiantes suelo proponerles el siguiente ejemplo: A todos nos ha pasado que un día te levantas con la sensación de que vas a conquistar al mundo, te sientes bien, te sientes fuerte, te sientes guapo/a. Por alguna razón (que puede tener cualquier justificación) es un día especial. Te levantas, te arreglas, te maquillas, te pones ese vestido verde que te sienta de maravilla, te ves al espejo y notas que te ves guapísimo/a... te gustas, hasta te caes bien. Tienes tu autoestima por las nubes. Entonces sales de tu cuarto y, al bajar las escaleras, te encuentras a tu pareja, que amas con locura y que es la persona más importante en tu vida. Que te dice: "Uf, como que el verde te hace ver gordo/a... ¿no tienes otro traje?" Suelo terminar la historia diciéndoles a mis estudiantes: Así es como una buena autoestima se va al carajo... en menos de tres segundos... principalmente porque nunca dependió de nosotros... Poco después les cuento la historia contraria, donde les cuento cómo se "sube" la autoestima de alguien.

de la imaginaria mirada de los otros, de ahí que de la forma de mirarnos esté sujeta al arbitrio de las modas, los eventos específicos a los que acudimos, el número de likes de la red social en turno, las expectativas que tiene el Otro de nosotros y, sobre todo, del espejo mismo<sup>53</sup>. Es decir, todo ello depende, una vez más, de circunstancias en las que nosotros no podemos interferir.

Es interesante apuntar que, en la cultura budista, se considera al ego (al Yo) una ilusión de la mente, de tal modo que la autoestima, es también ilusión; para el budismo, el amor y la compasión hacia todos los seres y la nula consideración del ego (con su alta o baja estima) constituyen la base de la felicidad absoluta.

Pero ¿por qué la autoestima ha ganado tantos adeptos y es tan referenciada en cientos de libros, talleres y cursos? ¿por qué se insiste en tener una autoestima alta?

La explicación, está en que tener una autoestima alta o buena no es tanto un estado anímico o mental como un elemento ideológico: el Yo está (o debiera estar) por encima de todo lo demás (del nosotros, por ejemplo), y es así como se debe interpretar el mundo, así es como se ha de funcionar en él (el ideal individualista, vendido por el mercado, será tema del siguiente capítulo). Pero para sostenerse en este pedestal, creado artificialmente, el Yo debe quererse a sí mismo con tal suficiencia, que sea capaz de combatir y evitar las necesidades de los otros, incluso, debe verse a sí mismo como mejor que ellos. Se sostiene sobre una terrorífica inseguridad.

Porque, en el mundo de la buena autoestima, los demás no están para que los cuidemos, nos preocupemos por ellos o los respetemos. Sólo tienen sentido si nos animan, nos aplauden y nos reafirman, si nos ayudan a subir nuestra autoestima.

Puede apreciarse que, en la insistencia de una alta autoestima, subyace una ansiedad de fondo en el núcleo mismo de la imagen Yoica. Si fuera cierto que nos debemos querer por sobre todas las demás cosas – y tener una alta autoestima – y que esa estima debe ser

---

<sup>53</sup> Nos solemos arreglar, por ejemplo, para una fiesta o reunión, y calcular si nos veremos bien, adecuados o coordinados, basándonos en las expectativas que se tiene de nosotros en esa fiesta: elegante, etiqueta, casual o formal. Y nos gusta lo que vemos dependiendo de si cumplimos o no con esa expectativa.



estable en el tiempo ¿por qué habríamos de molestarnos en subir nuestra autoestima en primer lugar?

Y qué ocurre cuando una sociedad, una cultura o una comunidad nos exige tener una autoestima alta. Traducido como siempre quererse a uno mismo, amarse mucho o tener buena autoestima.

En la cultura occidental, fundamentada en el deber-ser de la felicidad perpetua (ya que la obligación en occidente no es otra que la de ser feliz<sup>54</sup>) tener una buena autoestima se normativiza como “estar bien”. Tener baja autoestima no es lo deseable, no es aceptable y por tanto es punible.

Y esto es debido a que se suele asociar a la buena autoestima con imágenes de alegría, presteza, extroversión, facilidad expositiva, expresividad emocional y hasta belleza física. Al mismo tiempo se suele asociar a la baja autoestima con tristeza, la actitud negativa, introversión, timidez y fealdad.

Aunque, de hecho, es común, entre las personas depresivas, expresiones exacerbadas de alegría, extroversión y exuberancia emocional, principalmente porque creen que deben fingirlas para ser aceptados por el conjunto social. De ahí su exacerbación, puesto que no les es “natural” o espontáneo: el fingimiento tiende a requerir excedentes conductuales como representación teatral. Cuando la norma es estar feliz y estar de buen humor, quejarse parece una perversidad<sup>55</sup>. El mandato social dicta que debo ser o parecer “seguro de mí mismo”, y ante el Otro, el fingimiento entonces, se vuelve norma.

La traducción que se hace, en el imaginario popular, es que tener alta autoestima es estar feliz, mientras que tener una baja autoestima es estar triste. Por eso, a esto último, se le relaciona con depresión, con el estado de ánimo decaído y con los pensamientos negativos.

---

<sup>54</sup> En el siguiente capítulo se analizará la cuestión de la felicidad como fundamento del mercado para potenciar la economía capitalista.

<sup>55</sup> Como veremos más adelante, el fingimiento, la apariencia de felicidad, es probablemente la principal causa de infelicidad en el mundo.

Pero no hay mayor perversidad que obligar a las personas a quererse, incondicionalmente y durante periodos de tiempo prolongados. Es decir, la obligación de una autoestima alta y estable, durante el transcurso de toda una vida es, por decir lo menos, injusta, y, por decir lo más, imposible.

Las personas solemos transitar por diferentes experiencias en la vida que no nos orgullecen y que no nos hacen sentir bien con nosotros mismos: Es común cometer errores, a veces cometemos actos socialmente reprobables y en ocasiones, inconsciente o imprudentemente, dañamos a las personas que queremos. A veces, a alguien a quien queremos no nos quiere o nos deja de querer. La gente se va de nuestra vida, no siempre con nuestro consentimiento. Familiares y seres queridos mueren y nos dejan desamparados. Los trabajos se pierden, los proyectos fracasan. No somos capaces de controlar todos nuestros pensamientos ni todas nuestras emociones y a veces éstos no nos gustan, no nos satisfacen o nos traen problemas.

En estos escenarios ¿Cómo es posible sostener una autoestima alta o buena? Si precisamente su contrario puede hacer que aprendamos de los errores, que valoremos a nuestros congéneres, que asumamos nuestras responsabilidades o que apreciemos la bienaventuranza.

El problema no es tener una autoestima buena o una baja autoestima, el problema es sostenerla en el tiempo obviando las circunstancias. Circunstancias ceñidas al devenir de la vida. La obligación de una alta autoestima es una obligación perversa<sup>56</sup>.

Pero, paradójicamente, esta obligatoriedad, este deber-ser aspiracional (aspiracional, porque, como ya vimos se encuentra en las fronteras del horizonte estético) crea más personas con baja autoestima que con alta autoestima. Y esto es debido a que no se puede obligar a las personas a quererse más a base de motivación, psicoterapias o antidepresivos que cristalicen la falsa ilusión de un Yo aislado del entorno social.

---

<sup>56</sup> Es sugerente que, para esta precisa circunstancia, el modelo de salud mental tenga también una categoría, igual de punible, de mayor repercusión si cabe: el Trastorno Antisocial de la Personalidad de Tipo I. Psicopático. Pues el psicópata, se presume, carece de empatía y sus actos no le generan culpa.

Y, por otro lado, la imposibilidad del sostenimiento continuado de una autoestima alta en todas las etapas de la vida sólo crea frustración, lo cual deriva en fingimientos o apariencias que, poco a poco van mermando la experiencia de las personas, o bien, les deja con el registro subjetivo de no tener una autoestima alta (de no quererse suficiente o de no merecer) por no lograr sostenerlo en el tiempo.

Como ya hemos visto a lo largo del presente capítulo, al sistema médico de la salud mental, no se le dificulta tomar referentes sociales normativos, así sean ambiguos y convertirlos en síntomas objetivables. Es así como la baja autoestima se convierte en un síntoma de depresión.

En resumen: La alta o baja Autoestima es un registro, 1) perteneciente a ésta generación (no hay registros de autoestimas en la antigua Grecia, en la cultura Inca, ni al inicio del Renacimiento) 2) de evaluación personal, arbitraria y carente de medición, 3) se fundamenta en la auto-imagen, que, a su vez, se sostiene en las interacciones con otras personas y en las experiencias vitales, por tanto, 4) no se construye desde el individuo, por sus propios e imparciales parámetros de capacidad o aptitud, y no tiene relación alguna con la fisiología, la biología o la genómica del organismo individual, por tanto 5) es más un elemento ideológico (auspiciado por el mercado) que un estado mental o emocional, aunque no se aparta de ambas, 6) no es estable en el tiempo pues se circunscribe a los avatares de la vida y 7) su obligatoriedad produce estados de fingimiento forzoso que derivan en sufrimiento personal. 8) A pesar de ello, el concepto “baja autoestima”, con y por su ficción narrativa, es retomado por el modelo médico de atención a la salud mental que lo convierte en categoría diagnóstica de depresión, al imaginarlo (al ficcionarlo) como resultado de procesos psíquicos individuales, obviando su proveniencia como constructo ideológico, normativo y social.

### *Pérdida de interés por todo*

¿Pérdida de interés por todo? ¿Y si tengo interés sólo por una cosa ya no es depresión? ¿Si perdí el interés por mi matrimonio, pero todavía me interesa mi amante, entonces ya no es depresión?

Porque nada le importa más a nuestra cultura que la pérdida de interés en las actividades productivas. Ninguna cultura, institución o ideología se preocupó cuando perdí el interés por comer pasto (conducta que presenté hasta los 8 años). A nadie pareció molestarle que perdiera el interés por poner una ofrenda el día de muertos. Incluso, ninguna institución catalogó como ilegal la pérdida de interés por mi expareja.

La referencia a la pérdida de interés es probable que se ajuste a las necesidades un sistema que, a su vez, se sostiene de la creación de intereses que derivan en el comercio y la rentabilidad de los mismos.

La cuestión nos confronta con la cultura del pensamiento positivo, el entusiasmo y la felicidad como obligación. Pues, esta cultura, consumista, fomenta que los individuos quieran más – más coches, casas más grandes, televisores, móviles, todo tipo de cacharros – y el entusiasmo, la inspiración y el interés facturado, están ahí al quite para decirle a cada uno que se merece más, y que puede conseguirlo si de verdad lo desea y está dispuesto a alcanzarlo con su esfuerzo.

Mientras tanto, en el mundo competitivo de las empresas, las industrias y los negocios, las personas no tienen más opción que crecer. Si uno no va ganando cuota de mercado e incrementando beneficios, corre el riesgo de que lo borren del mapa, o de que lo supere otra persona. Por supuesto, la idea del crecimiento perpetuo es un disparate, tanto si se habla de una persona en particular como de la economía en su conjunto, pero el interés y el pensamiento positivo lo hace parecer posible, y hasta obligatorio.

Cuando la actividad productiva, en forma de trabajo, ya sea asalariado o de tipo empresarial se convierte en el centro de la vida de las personas, suele cobrar muchas facturas. Los problemas económicos, la desconfianza en el gobierno, el aumento del desempleo, jornadas de trabajo interminables y agotadoras... Todo esto está pasando una elevada factura a nuestras mentes, lo que lleva a la fatiga crónica, la desilusión, el descontento y la falta de compromiso. En otras palabras... al agotamiento y a la pérdida de interés.

Es decir, es el mismo sistema el que está creando personas agotadas física y mentalmente, pues hoy, cada uno es un trabajador que se explota a sí mismo en su propia

empresa. Cada uno es amo y esclavo de su persona, la lucha es una lucha interna con uno mismo. A medida que empeora el desgaste y se vuelve cada vez más difícil realizar las tareas, la impaciencia crece y se convierte en irritabilidad con los otros.

Y cuando las personas se sienten defraudadas por otras personas o situaciones (lo que inevitablemente ocurre), hay una fuerte tentación de pensar “no me importa, ya que no era importante”, lo que lleva al desapego. Lo que antes era emocionante ahora es aburrido y se empieza a cuestionar el valor de las actividades y amistades, incluso de la vida.

Además, como ya reflexionaron Adorno y Horkheimer (1998), la industria cultural está fundamentada en la creación de pasatiempos, diversiones y espacios de convivencia que sostengan al propio capital y nada les es más inconveniente que cuando una persona pierde el interés ante un nuevo lanzamiento fílmico, la apertura de una plaza comercial o las ganas de convivir con amigos en el bar de moda de la ciudad.

Sin embargo, tratar de explicar las razones por las cuales podemos llegar a carecer de interés por algo o por alguien que antes nos llamaba la atención, sin duda, tiene una correlación directa (que no exclusiva) con el paso del tiempo y con el cambio de etapas<sup>57</sup>. Esto es obvio cuando observamos cómo algo que en un principio captaba nuestra atención, con el paso del tiempo deja de hacerlo. ¿Por qué ya no me gusta tanto la canción que escuché tantas veces? ¿Por qué mi pareja ya no me suscita atracción? ¿A qué se debe que mi trabajo ya me aburra?

Resolver estas cuestiones, de nuevo, es multi-fenoménico y no puede ser generalizable. Por un lado, algunas teorías psicológicas, abordan a la pérdida de interés, como un proceso de habituación. Esta hipótesis apunta que, ante cualquier actividad, posesión, incluso en las relaciones, cuando algo se sostiene en la cotidianidad, se produce pérdida de interés.

Otra hipótesis es que el cerebro, como estrategia de supervivencia, nos aparta de nuestra realidad para evitar un sufrimiento mayor. Como un mecanismo de defensa adaptativo que sirve para afrontar situaciones trágicas, dolores o cansancio.

---

<sup>57</sup> Me refiero al cambio de etapas como la infancia, la adolescencia o la adultez

Y para reconocerlo como síntoma, el modelo de salud mental establece que el problema aparece cuando se pierde interés por todo. Pues el fenómeno se observa en personas que poco a poco van perdiendo las ganas de hacer actividades, las sensaciones de placer que les provocan las mismas y el interés que les despiertan las actividades cotidianas de autocuidado o relacionales.

Es decir, la pérdida de interés por todo 1) se dirige especialmente a la pérdida de interés en las actividades productivas, sin embargo 2) es el mismo sistema el que está llevando al agotamiento físico y psíquico de las personas, sin tomar responsabilidad en ello, por lo que, una vez más 3) se responsabiliza al individuo de su propia pérdida de interés, lo cual, conduce a que 4) el sistema de salud mental lo tome como síntoma de depresión.

### *El diagnóstico en Calle Melancolía*

Busco acaso un encuentro  
Que me ilumine el día  
Y no hallo más que puertas  
Que niegan lo que esconden  
(Calle Melancolía. Sabina 1999)

El entramado se complejiza debido a que, las cuestiones culturales normativas, relativas al andamio social, al imponderable de consumo y a la cultura de la felicidad, se convierten en categorías orgánicas individuales, aun cuando carecen de marcadores biológicos para crear diagnósticos. La pérdida del placer, los sentimientos de culpa, el cansancio extremo y los trastornos de sueño y apetito sólo se suman a las anteriores para demarcar la existencia de una enfermedad orgánica aunque sus marcadores (bio-marcadores) sólo sean sociales.

Sin embargo, esta definición es la que se utiliza hoy en día para diagnosticar – etiquetar – a una persona con depresión en todas las clínicas y centros de salud del mundo occidental.

El problema es que los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos son, en el mejor de los casos, laxos y permisivos: por ejemplo, una tristeza profunda o

decaimiento anímico es una reacción esperable ante la pérdida de un ser querido, e incluso se puede sentir en un mal día cualquiera.

Y en el peor de los casos, los criterios son teleológicos, circulares e incluso contradictorios: *“Está deprimido porque tiene baja autoestima... ¿y por qué tiene baja autoestima? Porque tiene depresión”*.

Como se puede ver, el problema lo encontramos ya en la definición de depresión, pues describe poco o lo hace basado en estructuras normativas culturales (...o nos describe a todos en un mal día o en una mala semana) ¿Eso significa que todos hemos tenido una depresión? O que, eventualmente, por los avatares de la vida cotidiana, ¿Todos vamos a tener depresión?

Estas preguntas no son ociosas, ya que obligan a cuestionar la idea que se tiene hoy de depresión, y que ha sido y es propagada por las máximas instituciones de salud de nuestra sociedad: la Asociación Psiquiátrica Americana y la Organización Mundial de la Salud en primera línea. Y, de acuerdo con el investigador Johann Hari, a estas dos se le suma (y patrocina) “una industria de diez billones de dólares que el día de hoy está invirtiendo en decirnos que la depresión se trata de un desbalance neuroquímico” (Hari, 2018)

Siguiendo la misma línea de argumento, de acuerdo con el modelo actual de tratamiento, la depresión es una enfermedad que hay que curar. Y curar aquí, se entiende como lo entiende la Real Academia Española (1992): hacer desaparecer una enfermedad, una herida o un daño físico a una persona, un animal o un organismo, y por tanto eliminar del individuo.

La depresión, por tanto, debe recibir tratamiento médico, con consultas por especialista, reclusiones en clínicas psiquiátricas y lo más importante de todo – lo más oneroso de todo – el paciente (porque el individuo diagnosticado deja de ser individuo y se convierte en paciente) el paciente debe ser medicado.

El gasto de salud a nivel mundial para medicar la depresión es de 480 millones de euros al año (Divins, 2008) y no debemos olvidar que, en la mayoría de los países, dicho gasto es financiado precisamente por los individuos que reciben el tratamiento.

Pero entonces ¿Qué es depresión? Si la definición aportada por la OMS arroja poca luz y ninguna guía sobre lo que sí es depresión ¿debemos pensar entonces que la depresión no existe? ¿Cómo explicar entonces la experiencia de miles – ahora millones – de humanos en el mundo que son diagnosticados (y que ahora se asumen) con depresión?

La depresión, a la luz de mi experiencia como psicoterapeuta, y arropado por otros investigadores que han intentado explicar el fenómeno sin el reduccionismo y la ambigüedad explícitos del modelo médico, como Hari (2018), Solomon (2015), Leader (2008), González (2005) y otros, confirman que no se encuentra en el continuo de la tristeza (es decir, que va de menor tristeza a mayor tristeza), por tanto no es una tristeza profunda, y por tanto, no es el grado más alto de la tristeza (si ésta pudiera ser medida por grados). No es un estado de ánimo decaído ni tampoco es tener baja autoestima. Y su contrario no es la felicidad (y mucho menos lo que entiende el modelo actual por felicidad).

Si hubiere alguna marca de identificación, yo diría que es ésta: la persona con depresión es aquella que apenas puede sentir emoción alguna. Ni siquiera tristeza<sup>58</sup> y que se encuentra agotado física y emocionalmente. “Lo contrario de la depresión no es la felicidad, sino la vitalidad”<sup>59</sup> (Solomon, 2015). Y no, no es una enfermedad. Es un malestar; una reacción al malestar que provoca vivir en la sociedad contemporánea.

### 2.3. Manual para héroes o canallas: La Depresión como Enfermedad

---

<sup>58</sup> Las emociones se pueden entender como reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante (Anaya, 2004). Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas como guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria (Andrews & Anderson-Thompson, 2010).

<sup>59</sup> La vitalidad es definida como una condición de la que solemos disponer las personas y que implica la presencia de vigor, de fuerza y de energía para realizar actividades (Diccionario de psicología, 2004).



De acuerdo con el modelo médico, las causas de la depresión se encuentran en la bioquímica de un cerebro que no interactúa (o no parece interactuar) con el ambiente y que, en última instancia, determina – por su estructura, por su composición, por sus propias e intrínsecas conexiones – la aparición de la depresión o las tendencias depresivas (Muñoz & Toro, 2013)

De acuerdo con éste planteamiento la depresión es el resultado de las diferencias de tamaño de algunas estructuras cerebrales como el hipocampo, la amígdala, la corteza prefrontal (Michael Berk, 2013), además de cambios en las conexiones sinápticas (Moreira, 2007). Las personas deprimidas muestran niveles muy altos de cortisol y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles elevados se explican por motivos hereditarios o de daño orgánico-biológico (APA, 2013).

La descripción de este modelo no estaría completa si no exponemos los criterios descritos para la depresión en los dos manuales de instrucción utilizados en la actualidad: CIE 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición, en su apéndice 5) y DSM 5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición). Ambos manuales fijan las fronteras para la intervención de las disciplinas de salud mental en la actualidad<sup>60</sup>.

¿Cuáles son los criterios para el diagnóstico de depresión en ambos manuales?

### *DSM 5*

Criterios para el episodio depresivo mayor, de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013):

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o la capacidad de placer.

---

<sup>60</sup> Haremos una descripción y un análisis de los manuales en el apartado 1.4. De los manuales normativos

Nota. No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a una enfermedad médica (p.ej. Alzheimer o Huntington Chorea) o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej. llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral y/o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Y en la Clasificación internacional de Enfermedades:

### *CIE-10*

F32. Episodios depresivos. Los episodios depresivos típicos se caracterizan por:

- Humor depresivo
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas
- Disminución de la vitalidad, que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras el esfuerzo mínimo.
- Disminución de la atención y concentración

- Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Ideas de culpa y ser inútil, incluso en los episodios leves.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones
- Trastorno del sueño
- Pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

El análisis puede hacerse desde varios ángulos, sin embargo, hay que resaltar que, en las descripciones de ambos manuales, son cuatro los elementos constitutivos susceptibles de crítica:

1) Los manuales instructivos convierten la evaluación del trastorno depresivo en un proceso que obliga al profesional de la salud a apartar su mirada de las causas – personales,

sociales, psíquicas, etc. – y de los contenidos del discurso del individuo (ahora llamado paciente), en beneficio de un conjunto de señales – 5 de 9 – al servicio de un diagnóstico establecido por convención.

2) En ambos manuales, el modelo de explicación médica para la depresión resulta ser una paradójica derivación de la contrastación de la anormalidad de una conducta<sup>61</sup> que, en cierto sentido, se asienta en la funcionalidad o disfuncionalidad que presenta el sujeto ante su sociedad. Es decir, se despliegan por conductas que son indicadas como síntomas y que, a su vez, son indicadores de enfermedad (González, 2005).

3) El conteo de los criterios para diagnosticar una depresión es arbitrario: cumplir con cinco o más criterios para el diagnóstico carece, al mismo tiempo, del rigor “cientificista” al que se ciñen los manuales, así como de la experiencia social, política e histórica en la que participa el individuo. El diagnóstico se hace por sumas y restas de criterios, independientemente de la intensidad o sufrimiento provocado por uno u otro.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales define inadecuadamente la depresión por la presencia de cinco o más síntomas de una lista de nueve. El problema de este diagnóstico reside en su total arbitrariedad. No hay ninguna razón concreta para afirmar que si se presentan cinco síntomas hay depresión; cuatro síntomas son más o menos depresión, y cinco síntomas implican menos gravedad que seis (Solomon, 2015, págs. 123--124)

4) No sobra resaltar que, ambos manuales, al momento de exponer o describir los criterios diagnósticos, anulan los factores sociales asociados a ellos. La etiología<sup>62</sup> de la “enfermedad” es obviada e incluso invisibilizada por el excedente de parámetros exclusivamente sintomáticos. El clínico se ve obligado a dar un diagnóstico y, como el individuo ya está en la búsqueda de un parámetro para su dolencia, recibirá ese diagnóstico creyéndolo basado en evidencia.

---

<sup>61</sup> Una simple campana de Gauss (EcuRed , 2005).

<sup>62</sup> La noción de etiología suele emplearse en el ámbito de la medicina para aludir al estudio de las causas de las enfermedades. Se refiere al origen de la dolencia o malestar.

Considérese ahora –tal como ya lo hizo el mismo Foucault en *Las Palabras y las Cosas* (1999) y Braunstein en *Clasificar en Psiquiatría* (2013)–, hacer un paralelismo dentro del marco borgeano de la lingüística, que aporta el siguiente ejemplo:

En el texto titulado *El idioma analítico de John Wilkins*, Jorge Luis Borges (Borges, 1974) escribe:

*Las remotas páginas de cierta enciclopedia china de conocimientos benévolos está escrito que los animales se dividen en a] pertenecientes al emperador, b] embalsamados, c] amaestrados, d] lechones, e] sirenas, f] fabulosos, g] perros sueltos, h] incluidos en esta clasificación, i] que se agitan como locos, j] innumerables, k] dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l] etcétera, m] que acaba de romper el jarrón, n] que de lejos parecen moscas.*

La “cierta” enciclopedia china ¿es una aberración clasificatoria? ¿un caso anómalo o excepcional? La respuesta la otorga el mismo Borges, más adelante – en referencia a otras “monstruosidades” clasificatorias – “no hay clasificación del universo que no sea arbitraria y conjetural. La razón es muy simple: no sabemos qué cosa es el universo”.

Ahora, compárese el ejemplo borgeano a la clasificación de los manuales sobre la depresión: El adoptar un lenguaje más técnico sólo hace que el absurdo narrativo se vuelva más dinámico y menos hilarante; y sin embargo, las consecuencias sobre la vida de la gente clasificada se vuelven más serias.

La ausencia de consideraciones etiológicas o epistemológicas sobre la clasificación de las enfermedades mentales, considerada una “forma neutral” para abordar dichas enfermedades, no es menor, de hecho, podríamos afirmar que es interesada. Aunque el empirismo de la descripción de síntomas no elimina la inconsistencia clasificatoria, su razón de ser es estrictamente metodológica, puesto que intenta insertarse dentro del campo de la salud, es decir, dentro de la nosología de las ciencias médicas.

## 2.4. Un juez que se creía dios dispuso. Crítica de los manuales normativos como estándares del ordenamiento social

No quedan plazas  
Para los intrusos  
En el paraíso  
(Eva tomando el Sol. Sabina 2002)

Así como toda religión ha necesitado de un libro sagrado en el que se incluyan todas las historias, normas y moralejas que sustenten su tradición, así toda institución social que intente establecer una ideología o una forma de pensar al mundo ha requerido de manuales normativos que interpelen el actuar social de sus miembros.

Constituciones, códigos penales, códigos de conducta, manuales de instrucción, contratos y manifiestos han permitido no sólo la cooperación eficiente entre individuos, sino que también dan consistencia y legitimidad a estos: son registro de aquello que es y debe ser parte de su actuar ante los otros. Ante la necesidad de profesionalización y estandarización de su actuar ante la sociedad, el modelo médico de salud mental no ha sido la excepción. Así nacen los manuales normativos en psiquiatría y psicología.

Los manuales de ordenamiento normativo CIE y DSM son los textos que fijan las fronteras para la intervención en salud mental en la actualidad, especialmente para la psiquiatría y la psicología. A grandes rasgos, se puede decir que clasifican y describen a todos los trastornos y enfermedades mentales conocidos (y aceptados) en occidente.

Por una parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encarga de publicar el manual CIE desde mediados del S. XX. Manual que es revisado y actualizado cada diez años y que, por razones que pueden ser acreditadas a simples regionalismos, es usado por los profesionales de países europeos principalmente. En 2016 es publicada la última edición, CIE 11.

Por otra parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) publica el primer DSM a principios de los años 50 por la necesidad de contar con un sistema de clasificación de los

trastornos mentales que otorgara consistencia y legitimidad científica a la psiquiatría en los Estados Unidos. Revisado, ampliado y actualizado desde entonces, en 2013 es publicada la última edición, DSM 5. Cabe destacar que es el de mayor uso como referente en países de habla inglesa y latinoamericanos.

Ambos manuales comparten clasificaciones y, a partir de los años 80 se aumentó la compatibilidad entre los dos sistemas de clasificación. Para las últimas ediciones, ambos manuales comparten el sistema digital de clasificación, la mayoría de las definiciones y todos los tratamientos.

En los últimos setenta años se han escrito innumerables críticas sobre los manuales, incluso desde los mismos profesionales de la psicología y la psiquiatría, crítica que los describe como poderes normativos al servicio de valores dominantes.

En el plano internacional, autores como Jean-Paul Sartre, Michel Foucault, Thomas Szasz, Ronald Laing, Daniel Cooper (y más recientemente), Robert Castel, Nikolas Rose y Jacques Donzelot han influido en una generación entera de intelectuales; y en el plano nacional encontramos a Mario Campuzano Montoya, Carlos Rodríguez Ajenjo, Silvia Marcos y muchos más, que son los que asumieron la tarea de exponer la relatividad de las normas que rigen los juicios sobre salud mental.

La crítica se dirige, principalmente, a la ligereza e imprecisión con que los individuos son transformados en enfermos mentales (que es directamente proporcional a la velocidad con que la psicofarmacología y la psiquiatría contemporánea ha expandido su mercado). Y es que no deja de ser sorprendente que lo que ha sido presentado en los manuales como avance en la capacidad de tratar y curar, haya conducido a ampliar, de manera exponencial, la cantidad de enfermos mentales.

Lo que, originalmente, se concibió como una forma de sistematización de datos empíricos para la categorización de los enfermos mentales, conveniente a la expansión capitalista y con la intención de segregar a los locos en las sociedades disciplinarias descritas por Foucault, se ha actualizado en una epistemología que supone y sostiene al profesional de la salud mental tanto como al enfermo,



... (y) que proviene de la progresiva tecnificación, burocratización y estandarización de las disciplinas psicológicas y sus respectivos agentes funcionarios, que deben adecuarse a los fines de la sociedad de control: posmoderna, posindustrial, postcapitalista, según se prefiera (Braunstein N. , 2013, pág. 33).

Tal como lo dice Braunstein (2015), cuando se incluye al individuo en cualquier clasificación, como en la clasificación de tipo taxonómico<sup>63</sup> establecido en los manuales, entonces a ese individuo se le objetiva y, el objeto recibe también un veredicto que equivale a un juicio de existencia.

Puesto que el individuo es clasificado y que el DSM o el CIE le otorgan un dígito (como cuando el estado entrega un pasaporte o carta de identidad que tiene un número único) ese objeto existe, es sancionable, y es dable a formular predicados acerca de él, pedir becas y subsidios para investigarlo, hacerse retribuir por diagnosticarlo, etc. (Braunstein N. , 2013, pág. 42).

El “experto” (llámese médico, psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta) se convierte así en agente, de hecho, empleado, con funciones más o menos gerenciales, del modelo médico que se encarga de todo individuo con trastorno mental.

... gracias a un juego de manos, de intercambios, de promesas, de dones y contradones entre psiquiatra y el enfermo, vamos a tener una triple realización: realización de una conducta como locura, realización, en segundo lugar, de la locura como enfermedad y realización, por último, del custodio del loco como médico (Foucault M. , 2014, pág. 140).

Así, la clasificación del manual normativo no sólo cumple con la misión de legitimización del ser y el hacer de sus funcionarios agentes. “... con lo que haces y dices, proporcióname

---

<sup>63</sup> La Taxonomía es, en su sentido más general, la ciencia de la clasificación. Habitualmente se emplea el término para designar a la «teoría y práctica de clasificar organismos». Como se la entiende en la actualidad, los organismos se agrupan en taxones mutuamente excluyentes a su vez agrupados en taxones de rango más alto también mutuamente excluyentes, de forma que cada organismo pertenece a uno y sólo un taxón en cada rango o "categoría taxonómica" (Diccionario de psicología, 2004).

síntomas, no para que yo sepa qué enfermo eres, sino para que pueda ser un médico frente a ti” (Foucault M. , 2014)

Desde el espacio y el tiempo nosológico y clasificatorio, el Estado irradia el ordenamiento, en un texto normativo, dirigido hacia los sujetos que se dedican a la actividad diagnóstica psicológica y, desde ellos, hacia los referentes, los llamados “pacientes”, que terminan por ser incluidos en ese espacio taxonómico, a la vez que ejercen sus efectos ideológicos en la subjetividad de las “personalidades” clasificadas (Braunstein N. , 2013, pág. 39)

Así, en cada encuentro entre experto y paciente, se vuelve a poner en marcha y se repite, de manera indefinida, el acto fundador, el ritual inicial a través del cual la enfermedad mental va a existir como realidad, al tiempo que, el psicólogo o psiquiatra, como entidades de salud, existen porque existe el enfermo.

No es extraño entonces, que el DSM y el CIE, aporten definiciones para aquello que aparenta ser anormal, aunque exclusivamente en términos médico-patológicos, con cuestionables, aunque amplias pretensiones universales. Los manuales se han constituido con base en parámetros de normalidad-anormalidad, si bien, apoyados en el lenguaje de las ciencias naturales y una sofisticada presentación estadística.

El análisis multifactorial que permite correlacionar los síntomas de un individuo con miles de otros sujetos elegidos aleatoriamente como “la norma” es realmente poderoso, es una herramienta numérica muy refinada; el proceso matemático de la validación estadística puede ser impecable, los cálculos seguramente lo son. El DSM, por ejemplo, usa la mediana estadística gaussiana simple. En pocas palabras, confía en un retrato promedio para decidir quién es normal y deseable y quien anormal e indeseable para la sociedad.

Para tener un trastorno, basta con estar en el límite de una cultura o sociedad que los distinga fuera de la curva estadística.

Resulta entonces, aunque no sorprende, que el mismo manual DSM, en su 4ª edición (1991), en el texto introductorio estipule:

Desafortunadamente, la distinción entre trastornos mentales y trastornos físicos implicada en el término "trastorno mental" es un anacronismo reduccionista de la dualidad mente/cuerpo. Existe literatura convincente que documenta que hay mucho de físico en los trastornos mentales, y mucho de mental en los trastornos físicos. El problema planteado por el término "trastorno mental" ha sido mucho más claro que su solución y, desafortunadamente, el término persiste en el título del DSM debido a que no hemos encontrado un remplazo adecuado. Además, aunque este manual provee una clasificación de trastornos mentales, se debe reconocer que no hay definición que especifique adecuadamente los límites precisos del concepto "trastorno mental". (DSM IV p. 16)

Y en la siguiente edición del DSM, publicada 11 años después (2013), que omite olímpicamente (repetir el error de) mencionar aquella disonancia, reconoce los límites del constructo:

Los límites entre la normalidad y la patología de determinados tipos de comportamiento varían de una cultura a otra. Los umbrales de tolerancia de determinados síntomas o comportamientos difieren entre culturas, entornos sociales y familiares. De ahí los diferentes niveles con que determinada experiencia deviene problemática o patológica. La valoración de que un comportamiento dado es anormal y requiere atención clínica depende de las normas culturales internalizadas por el individuo y aplicadas por quienes lo rodean, incluidos los miembros de la familia o clínicos. (DSM 5 p. 14)

La explicación es que, en la actualidad y en la práctica, el modelo médico, sus agentes y sus manuales de ordenamiento (la epistemología vigente) establecen que cada forma de vida y cada determinación individual son atravesadas por el tamiz de la normalidad (y esa normalidad es estar adaptado y ser feliz); al punto en que cada individuo debe moverse entre los límites fijados por una simple campana de Gauss<sup>64</sup>.

Empero, en efecto, en el modelo médico de las enfermedades mentales: se cuenta con un sistema de clasificación que no se ocupa de definir en qué consisten esas enfermedades, y las variaciones son imputables al observador, a sus intenciones y a sus prejuicios, y sin embargo, establecen, sin ninguna reserva, una relación de dominio entre “experto” y “paciente” en busca de una etiqueta diagnóstica de enfermedad mental.

Al tiempo que, este pensamiento, epistemológico, surge de la lógica de separar el dolor, el sufrimiento y la inadaptación de la dinámica social en la que éste se produce para abstraerlo a reacciones químicas, orgánicas, traumas, síntomas y signos<sup>65</sup>. El hecho de haber separado las aproximaciones médico-psiquiátricas (orgánico-positivo) de cualquier perspectiva filosófica, sociológica o psicológica, contribuye a la proliferación y aplicación, en la praxis, de agentes que confunden trauma con conflicto, patología con fragilidad humana, disonancia con disidencia.

Es así que la tristeza, el duelo, la culpa, la dificultad de un niño por aprender, la ira ante la percepción de injusticia, la desolación, la pérdida de esperanza, el cansancio crónico, la alimentación libre y desprejuiciada de los estándares de nutrición, las relaciones conflictivas de pareja y los cambios en los estados de ánimo son sólo el principio de una cadena infinita de problemas que atañen, al mismo tiempo, a las experiencias de la vida cotidiana, así como al campo del modelo médico de atención a la salud mental, y que derivan en muchas más.

---

<sup>64</sup> Campana de Gauss, es una representación gráfica de la distribución normal de un grupo de datos. Éstos se reparten en valores bajos, medios y altos, creando un gráfico de forma acampanada y simétrica con respecto a un determinado parámetro. Se conoce como curva o campana de Gauss o distribución Normal.

<sup>65</sup>La educación, en las escuelas formadoras de los profesionales en salud mental, incluye cada vez menos conocimientos en filosofía del hombre y pensamiento crítico y más cursos sobre nosología (*nosos* en griego significa enfermedad), farmacología y asuntos legales o administrativos.

Las supuestas entidades que los manuales delimitan como trastornos, no sólo están mal definidas, se superponen entre sí. Una enfermedad o trastorno también puede ser otro, y ese otro también podría ser el primero o un tercero a criterio. Es por lo anterior que, frente a un caso singular, el clínico se ve obligado a dar opiniones. Anulando, de facto, cualquier pretensión de objetividad presumida por el modelo.

### *La ironía de ser homosexual*

Posiblemente, una de las mejores demostraciones de la carencia que tienen los manuales normativos para definir la enfermedad mental es la historia del juicio clínico sobre la homosexualidad. La interpretación de la homosexualidad como enfermedad permanece como uno de los tropiezos más famosos en la historia del modelo médico de salud mental, un error que se ha tomado con sorprendente ligereza si consideramos que es una evidencia ejemplar de la fragilidad conceptual del DSM y del CIE.

Antes de su edición de 1968, el DSM consideraba la homosexualidad (femenina y masculina) una enfermedad. No faltaban publicaciones de reconocidos psicólogos, psiquiatras y médicos sobre las posibles causas del padecimiento homosexual que, al tiempo que alimentaban la idea de la patología homosexual, le daban al manual un soporte “científico”. Aún a pesar de que la homosexualidad, al haber existido a lo largo de toda la historia del humano, en todas las culturas y épocas, demuestra cómo un fenómeno puede ocurrir sin estar dentro de la norma estadística.

Hombres y mujeres homosexuales, de Estados Unidos principalmente, muchos de ellos con educación privilegiada y éxito profesional, organizaron una rebelión, que resultaba necesaria para poder levantar algo de controversia y hacer frente a los expertos en salud mental. Esta insurrección encontró aliados en escritores, intelectuales y el grueso de los estudiantes universitarios<sup>66</sup>. No fue sino hasta 1974, antes de publicar siguiente edición del DSM (el IV) que los llamados expertos de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos decidieron, por votación (5854 votos a favor y 3810 votos en contra), que la

---

<sup>66</sup> Escritores como Thomas Szasz, quien afirmó que el miedo a la homosexualidad compartía intensidad y raíces con el miedo a la herejía (*The Manufacture of Madness*, 1970).

homosexualidad dejaba de ser una enfermedad. Es decir, la decisión fue tomada democráticamente.

La rareza del método – someter la salud mental a votación – no sólo desacredita las pretensiones científicas del modelo y del DSM, sino que muestra con claridad cómo sus clasificaciones son arbitrarias, históricas y, en última instancia políticas.

Millones de individuos que hasta entonces eran enfermos dejaban de serlo por una decisión administrativa aprobada por votación y no por un resultado surgido de la ciencia o por la acción sanitaria como sucedió cuando se dio por finiquitada la viruela como enfermedad (la viruela es una enfermedad objetivada y no un constructo social cargado, además, de prejuicios éticos).

Los expertos del modelo médico, representantes de la asociación estadounidense evitaron así a una batalla que sabían perdida de antemano y que hubiese puesto en peligro no solo la caracterización de la homosexualidad como enfermedad sino al conjunto del sistema clasificatorio centrado en definiciones igualmente endebles.

En ese año preciso, 1974, el riesgo era ser percibido como perjudicado contra una minoría poderosa, y eso iba contra las normas sociales (que no legales) que la moda incluyente de los años 70 había instaurado en el pensamiento liberal norteamericano.

Sin embargo, hubo que esperar aún dos décadas, hasta 1990, para que la Organización Mundial de la Salud (OMS), retirara la homosexualidad de su manual de enfermedades mentales CIE-9. Pues en la práctica, los eminentes “expertos” de las normas en salud mental de la organización – adalides del conservadurismo europeo<sup>67</sup> – no estuvieron listos para la “inclusión” hasta muy avanzada la década de los 80’s.

Lo importante es recordar que los eminentes doctores (de ambos lados del océano) votaron exactamente como debían hacerlo; como el entorno social lo exigía. No por la

---

<sup>67</sup> Hay que recordar que la Sede de la OMS se encuentra en Suiza.

erradicación del patógeno homosexual (que nunca existió), sino por el cambio de mentalidad social que vulneraba sus valores tradicionales organicistas.

Sin embargo, el “diablo está en los detalles” y lo borgeano no quita lo valiente: En la estela de Jonh Wilkins y su clasificación china, un investigador europeo puso los puntos sobre las íes en el terreno de las clasificaciones de enfermedades mentales, proponiendo una muy creativa pero sólida nueva patología:

### *La ironía del doctor Bentall*

De un modo, que podría considerarse irónico, un psiquiatra angloparlante, Richard P. Bentall (Bentall R. P., 1992), de la universidad de Liverpool, hizo una propuesta muy interesante que, sin duda, cuestiona todo el andamiaje clasificatorio de los manuales de instrucción de las enfermedades mentales.

Publicada en 1992 en el *Journal of Medical Ethics* bajo el título “A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder” (Una propuesta para clasificar felicidad como un trastorno psiquiátrico), esta curiosa propuesta establecería, de ser tomada con seriedad (y no hay ninguna razón para que no se la tome así), un polémico debate sobre las clasificaciones diagnósticas de los manuales.

Dice, en el resumen, que el propósito es que la felicidad sea clasificada como un trastorno psiquiátrico e incluido en las próximas ediciones del manual diagnóstico y clasificatorio bajo un nuevo nombre: *Major affective disorder, pleasant type* (Trastorno afectivo mayor, tipo agradable). Porque se ha visto, en la literatura relevante, que la felicidad es estadísticamente anormal, consiste en un discreto conjunto de síntomas, está asociada con un nivel de anormalidades cognitivas y probablemente refleje un funcionamiento anormal del sistema nervioso central.

Una posible objeción es que no se considera un valor negativo (socialmente es muy aceptable), pero constituye una objeción científicamente irrelevante para los estándares contemporáneos de los manuales, pues, como ya vimos, el factor social ya ha sido eliminado de facto.

La felicidad sería un estado neurofisiológico de desinhibición; sostiene que hay cierta relación entre felicidad y manía – probablemente se encuentre un cierto disturbio del sistema nervioso central–. Es indudable que se puede inducir la felicidad estimulando centros subcorticales – se han encontrado con cierta frecuencia relaciones de la felicidad con la obesidad y la ingestión de alcohol. Confiere alguna desventaja biológica, implica una mala adaptación a la realidad, pone en juego determinados centros nerviosos que afectan al sistema nerviosos central, presenta síntomas específicos y se relaciona con anormalidades cognitivas.

El autor señala una consecuencia a partir de que sea aceptada su propuesta, y esa es que los psiquiatras intenten algún tratamiento para la felicidad.

Las referencias bibliográficas consultadas por el autor son relevantes y numerosas, cita treinta y dos trabajos, todos de lengua inglesa y de importantes revistas científicas.

El artículo sigue estrictamente pautas científicas con un impecable razonamiento que va desglosando los argumentos para sostener la pertinencia y la necesidad de incluir su trastorno afectivo mayor en la clasificación psiquiátrica del DSM.

El doctor Bentall ironiza así la pertinencia de las clasificaciones de los manuales normativos, especialmente por la forma de organizar su argumentación – basada exclusivamente en consideraciones empíricas – sin contradecir las concepciones desde las que se construye el DSM. Lo único que impide al Trastorno afectivo mayor, tipo agradable entrar en la clasificación de cualquier manual de enfermedad psiquiátrica, es que el mismo Bentall lo confirmó como burla. Pero la crítica es contundente.

Mucha tinta ha corrido alrededor y en contra de los manuales y los trastornos mentales, la mayoría de los argumentos han sido expuestos con brillantez. Los debates al respecto tienen una larga historia y aún son vigentes hasta nuestros días, pero su impacto se limita fundamentalmente a profesores universitarios y a ciertos círculos relacionados principalmente con la academia. Pareciera que la crítica no ha llegado a oídos de los practicantes ni a la sociedad en su conjunto.



Es por ello que se hace importante mantener abiertas otras vías para observar – y acercarse – a las personas que sufren. La crítica debe continuar desde diferentes escuelas y voces hasta llegar a los oídos de los practicantes y los llamados pacientes. Aunque se asume el riesgo de que, al hablar de la singularidad del individuo enfermo en contra de su cosificación, se caiga en una idealización del individuo, que terminaría llevándolo a su concepción como objeto, al aislarlo de su realidad social, cabe decir que las categorías sociales se hacen aún más necesarias.

## Conclusión. Es fácil dar un diagnóstico, pero es muy difícil quitarlo.

*¿Cómo se sana el dolor emocional? Me quema el alma, me está carcomiendo, ya no soy la misma persona, el pecho me duele me siento vacía e incapaz ¿qué hago? Qué hacen ustedes cuando el alma literal les duele y no pueden huir de ese dolor ni calmarlo con ninguna pastilla, me está matando no me deja dormir ni comer bien (Alberto(31)EI, 2018).*

En medicina, se llama iatrogenia a cualquier tipo de alteración del estado del paciente, producida por el médico o, en un sentido más amplio, el que se produce por la atención sanitaria (Ibáñez, 2001). Procede de la palabra iatrogénesis. Sus componentes léxicos son: Iatros (médico), y geno (producir), más el sufijo –ia (cualidad). Y tiene por significado literal "provocado por el médico o sanador". Se utiliza el término *iatrogenia* para designar al daño provocado en un paciente por una acción médica o sanitaria (Anaya, 2004).

De hecho, iatrogenia es el daño producido por el médico al aplicar un tratamiento *incluso con una indicación correcta*; iatrogenia es el resultado nocivo que no deriva de la voluntad o intención del médico en la producción del daño (Flores, 2009).

Fue Foucault quien propuso el término «iatrogenia positiva» para referirse, no a los efectos nocivos derivados de errores o de secundarismos previsibles, sino a los efectos nocivos de las intervenciones médicas. Es a través del cuerpo humano, convertido en un

territorio privilegiado, en el que el poder ejerce su acción y donde el poder médico es el instrumento para gestionar y administrar la vida (Foucault, 1976). Es decir, es en el ejercicio del biopoder donde encontramos el fenómeno de la iatrogenia. Actualmente, el término tiene una acepción que lo distingue de la mala praxis, o de los “efectos secundarios” causados por un tratamiento sanitario.

El concepto de iatrogenia en la práctica médica ha sido ampliamente estudiado (Cerecedo, Franco, Borroto, 2012 y otros), sin embargo, existe un vacío en cuanto al estudio de la iatrogenia en la práctica psiquiátrica, psicológica y psicoterapéutica (Lobo & De la Mata, 2004), es decir, en las instituciones de salud mental.

Críticos como Marcuse, Foucault y Goffman, se enfocaron en la crítica al internamiento psiquiátrico. Sin embargo, la realidad histórica y empírica de nuestra actualidad está lejos de la que analizaron aquellos que se enfrentaron al internamiento y la exclusión como la hegemónica forma de tratar con los padecimientos mentales.

Partimos de las mismas preocupaciones y observaciones: el discurso alrededor de las enfermedades mentales sigue siendo, en el mejor de los casos, ambiguo y, en el peor, iatrogénico y totalitario. Sin embargo, si seguimos la genealogía del propio Foucault, no estamos más interesados en el discurso normativo, sino en el normalizante.

Es decir, lo que en la actualidad presenciamos es una etiquetación diagnóstica que ha dejado de ser un acto de exclusión física dando espacio para un nuevo fenómeno: la auto-reclusión mental (Muñoz & Toro, 2013). El individuo, ya asimilado al fenómeno enajenante de la sociedad de consumo, ha sido insertado en el discurso de una psicopatología que ya no lo excluye, sino lo aliena.

Ya no se requiere de internamientos ni de dinámicas excluyentes al andamiaje mercantil y de consumo al que estamos impuestos. En otras palabras, el discurso de la enfermedad mental ya se encuentra dentro de la construcción social del individuo (Rose, 1999). Somos el producto de las modas psiquiátricas de la época.

Las categorías de diagnóstico se han expandido con cada edición del DSM y el umbral de diagnóstico para la depresión ha bajado gradualmente. Antes, la depresión se

dividía en dos grandes tipos: la depresión melancólica, que era vista como una enfermedad sin causa aparente; y la depresión reactiva, detonada por eventos traumáticos.

Pero el DSM-3, editado en 1980, básicamente creó una enfermedad que varía sólo en gravedad, y el modelo persistió y se reforzó con cada nueva edición, hasta llegar al último DSM-5. La tristeza baja o moderada fue arrojada dentro de la misma categoría de lo que antes se consideraba depresión clínica.

Los doctores ahora evalúan a los pacientes de una lista de síntomas –la escala Kessler es la ahora favorita<sup>68</sup>–, para llegar a un diagnóstico de depresión leve, moderada o severa. Se trata de un instrumento poco preciso que no toma en consideración las circunstancias de vida, las relaciones sociales o los factores profundos. Es una instantánea del estado emocional de una persona en un momento específico del tiempo. No es mucho más que un número en una escala. Sin embargo, un número que puede asignar una etiqueta que permanece de por vida.

Las cifras dicen que uno de cada cinco de nosotros experimentará un desorden mental en un año dado, y que casi la mitad lo hará en algún punto de su vida. Entre tantos números a escalas aberrantes, el debate parece estar en si la enfermedad mental es más común de lo que fue alguna vez o si la medicina simplemente ha borrado las fronteras entre normalidad y enfermedad.

En las últimas décadas, particularmente, ha habido un creciente acomodo en el mundo de la salud mental correspondiente a la medicalización de la experiencia humana. Este acomodo al modelo médico ha provocado falsas epidemias de desórdenes psiquiátricos y ha llevado a que más gente esté innecesariamente medicada.

El estándar de los diagnósticos ha bajado tanto que la tristeza y las peculiaridades de personalidad se patologizan diariamente<sup>69</sup>. En una cultura que pone tantas expectativas en la felicidad, cualquier desviación es una especie de fallo emocional que se percibe como aberrante.

---

<sup>68</sup> La escala K-10 de Kessler es un instrumento que consta de 10 preguntas específicas sobre malestar psicológico y se refieren a los síntomas de ansiedad y de depresión que puede tener una persona.

<sup>69</sup> En el centro, está la cambiante definición de enfermedad mental y el controvertido y mentado DSM.

Sin embargo, la iatrogenia producida por la actividad médica es un grave problema de salud pública que en salud mental ha sido poco estudiado. En el área de la salud mental, la iatrogenia se puede observar en personas con trastornos mentales graves pues, a través de ingresos y sobreprotección del sistema médico-psiquiátrico, se suelen producir estigmatizaciones que marcan y dificultan la vida en lo sucesivo.

Al mismo tiempo, también es posible observarla en el sobrediagnóstico y sobretratamiento en personas no internadas que consultan a los agentes de la salud mental por sufrimientos vinculados a la vida cotidiana y que no constituyen trastornos mentales ni precisan actuaciones preventivas o curativas (Zoch, 2002). En estos casos, la cuestión de fondo es el umbral teórico-práctico con el que se decide hacer el tratamiento.

Las etiquetas pueden ser informativas y necesarias. Un cráneo y un par de huesos cruzados en una botella nos advierten que no hay que beber de ella. Pero las etiquetas también tienen sus propios riesgos: pueden ser limitantes y un manual de conducta.

Cuando a mi consulta llegan personas con diagnóstico previo de depresión, cuando llegan con, no sólo diagnósticos, sino con tratamientos farmacológicos previos, o cuando llegan con diagnósticos que les fueron dados en algún momento de la infancia, a menudo me pregunto qué habría pasado con ellos si no les hubieran dicho, desde pequeños, que su depresión era una enfermedad, o que la ansiedad y la depresión les acompañaría toda la vida, o, incluso, qué hubiera pasado si no se hubieran enterado que “tenían” depresión.

¿Se hubieran considerado, aun así, como una “mercancía dañada”? ¿Hubieran percibido, cada mal día, como el inicio de una crisis inminente? ¿Habrían desarrollado mecanismos protectores contra los obstáculos de la vida en vez de correr al médico ante cada problema?

Quizá –como muchos adolescentes con su desesperada necesidad de pertenecer–, con algo de paciencia y un profesional dispuesto a ofrecer su tiempo y espacio para escuchar de verdad, con una sociedad menos normalista, menos rígida, tal vez con otra ideología, podrían haber estado bien, podría haber sido diferente, podrían no pertenecer al ejército de “los deprimidos”.

Aunque tal vez es un ejercicio mental poco práctico, no puedo evitar hacerlo cada vez. Ya sé que la vida es como es, pero podría ser de otra manera. Porque en lugar de eso que pudo ser, se creyeron la narrativa de que eran una anomalía que debía ser arreglada.

Por eso, cabe suponer, que la iatrogenia se da desde cualquier acercamiento al modelo médico de salud mental, ya que, en el transcurso de su contacto con los dispositivos de atención, el individuo aprende un lenguaje nuevo, el lenguaje del síntoma, que se convierte en el medio de comunicación válido.

La red social o familiar se tiende a sustituir (en el caso de que la haya) por el apoyo profesional, porque toda la experiencia personal entra dentro del campo de la patología. Esto se produce en un contexto relacional usuario-profesional cargado de confianza, en el que el primero elige al segundo como fuente autorizada y verídica sobre sí mismo y, a su vez, el profesional realiza intervenciones que para el usuario significan que hay en él una tendencia a alterar y distorsionar la propia percepción de sí y del mundo (por autoatribución o conclusión razonada). Por ello aumentará su angustia y la fragilidad ante el mundo.

Ya no luchamos para darle sentido a las pérdidas. Cuando unos padres, preocupados y precarizados de recursos emocionales, psicológicos y sociales, envían a su hijo con un especialista, los profesionales de la salud mental ya no muestran prácticamente ningún interés en preguntar por las pérdidas que han caído sobre la familia, sobre la comunidad, sobre la realidad social. Su silencio al respecto indica lo que se piensa ahora sobre cualquier sufrimiento. Que eso no es suficiente para explicar un estado de ánimo (Stark, 2018, pág. 67).

Y no es que se equivoquen, es que tercian la percepción y anulan la interacción y la causa de facto. En definitiva: no se es feliz, por tanto, se necesita ayuda. Pero hay algo en la etiqueta depresiva que acaba por reforzar el estatus como una persona problema. Se convierte en una profecía autocumplida: la persona termina creyendo que nadie puede ayudarlo y, que tener un defecto mental, es una parte integral de su identidad. La etiqueta, en muchos casos, crea la enfermedad.

Como consecuencia incorpora y asimila la definición de sí mismo que atribuye al profesional, y esto le lleva a dudar constantemente de su propio juicio, llegando a sentirse desorientado, confuso y finalmente a una construcción del propio “sí mismo” como tendente al autoengaño (Rose, 1999).

Porque, paradójicamente, el modelo de salud mental está construido alrededor del reforzamiento de dos narrativas que, aunque en esencia son excluyentes, sin embargo, conviven muy bien –de acuerdo con conveniencia... económica, se entiende–, como tantas otras contradicciones del discurso del modelo de salud mental; estas dos narrativas nos dicen que: 1) Nuestra angustia emocional debería ser transitoria. En tanto que inhibe el rendimiento y la productividad, hay que eliminarlo rápido y en pocas consultas<sup>70</sup>. Sin embargo, 2) El trastorno mental es permanente y perentorio<sup>71</sup>. En tanto que no tiene cura, sino “tratamiento” y que es mucho más rentable cuanto más se patologiza en la vida cotidiana. Tener conciencia de enfermedad es aceptar la perspectiva del profesional, asumir las indicaciones terapéuticas y reubicarse en una nueva existencia social.

Aun así, en esta narrativa, uno solo puede estar, o mentalmente sano o mentalmente enfermo. Todo estrés emocional es visto como una anormalidad. Así, la depresión y la ansiedad son condiciones que uno puede desarrollar, como una infección en el pecho, y entonces uno busca ayuda y se encamina hacia la cura.

La persona con esta conciencia "impuesta" tiende a generar iatrogenia, al relacionarse con un autoconcepto disminuido, desesperanzador y negativo respecto con el bienestar emocional, el estatus económico y las oportunidades vocacionales (Khan & Brown, 2015).

Se establece, entonces, una patología desde el propio discurso de “sentirse enfermo”, en correspondencia con una enfermedad determinada por el entorno y cuya relación puede derivar en lo que denominamos iatrogenia.

---

<sup>70</sup> Por eso bastan cambios de actitud, pensamientos positivos, y actividades felices para contrarrestar el sufrimiento.

<sup>71</sup> De ahí que se expongan criterios como que la depresión es enfermedad, neuronal y la medicación es para toda la vida.

Porque una etiqueta no tiene que ser verdadera para causar efectos, sean estos positivos o negativos; basta –tal como con cualquier narrativa–, con que sea verosímil. Y la etiqueta diagnóstica de la depresión es, por muchos motivos, muy verosímil.

# Capítulo III. El Ruido de las Cosas al Caer.

Hubo una epidemia de tristeza en la ciudad  
Se borraron las pisadas,  
Se apagaron los latidos,  
Y con tanto ruido  
No escucharon el final  
(Ruido. Sabina 1999)

## Introducción. Un tequila por cada duda

Lo que aquí se asume es que la construcción del individuo, que lo hace aparecer como único responsable de su anormalidad-enfermedad, y no como parte de una construcción social e ideológica, es lo que determina su interacción dentro del mismo sistema.

Por tanto, al abordar el concepto de depresión, más allá de la concepción médica tradicional, asumimos tanto el paradigma planteado por Foucault alrededor de los agentes de la burocracia del Estado que propician el paradigma para, posteriormente, conducir a una teoría crítica donde el concepto de depresión se aleja de la perspectiva médica para situarse en una perspectiva social y en la cual la sociedad es la generadora de la forma en que toman los sujetos dentro de ella y, por tanto, de aquellos que aparecen como deprimidos.

Para entender el concepto depresión, establecemos las definiciones actuales que se tienen de la enfermedad mental en general y de la depresión en particular, desde los diferentes modelos de atención a la salud mental.

En el presente capítulo analizamos, en primer lugar, el modelo médico, así como su relación con la forma de vida capitalista en general, y la industria farmacológica en particular, misma que, incluso, se propone, pueda ser causante directa de la aparición, desarrollo y sustentación de muchas de las llamadas enfermedades mentales y de las alarmantes cifras de depresión a nivel mundial.



Ello nos llevará a una crítica de derivará en las aportaciones, desde el modelo social, representado por autores como Foucault, Rose, Chul Han, entre otros, autores que nos permitirán un acercamiento al estudio de la depresión ajeno al modelo médico y crítico a éste.

Es de especial relevancia el tema la inserción de la tecnología de los psicofármacos en el circuito mercantilista en que ha derivado la atención y tratamiento de las enfermedades mentales. Y su relación entre la prescripción y el consumo.

Ya que, al insertar esta tecnología en el espacio nosológico de los tratamientos de las enfermedades mentales –cuya masificación y estandarización se puede localizar hace aproximadamente 40 años–, automáticamente, ésta se estructura alrededor de la relación existente entre la oferta (la prescripción) y la demanda (el consumo), haciendo que la insania mental sea ya parte de una cadena productiva y tenga un valor de cambio. Es decir, tienen una lógica de mercado.

Es por ello que, independientemente de las características intrínsecas de los actos realizados por los agentes de la salud mental, tanto en el pasado como en el presente, las fuerzas que promocionan la salud mental y social se han invertido desde la lógica neoliberal: Es la oferta la que establece la demanda<sup>72</sup>. Asistimos a una mercantilización de los servicios de salud mental, pero dicha mercantilización no implica una desestatización de dichos servicios, sino un reacomodo de la forma y las funciones del Estado capitalista para regular dicho proceso (Hernández, 2016).

Es decir, la praxis de los agentes de la atención a la salud mental es una actividad enajenada y completamente articulada bajo el fetichismo de la mercancía; en tanto que el discurso medicalizante abstrae y enajena las posibilidades de las personas tristes para canalizarlas hacia una dinámica rentable de mercado.

Un proceso material de valorización-mercantilización que se manifiesta en el despojo de los ámbitos de la vida íntima (Hernández, 2016), que antes, en muchos aspectos,

---

<sup>72</sup> La alta rentabilidad en la venta de psicofármacos ha sido ampliamente investigada y difundida en diversos medios y por los más diversos autores. Ahondamos ya sobre ello en el siguiente capítulo.

eran resueltos sin la presencia del valor de cambio, y parecían haber permanecido ajenos de los procesos de acumulación capitalista (Harvey, 2004).

Los múltiples procesos de introyección –dice Marcuse– parecen haberse cosificado en reacciones casi mecánicas. El resultado es, no la adaptación, sino la mimesis, una inmediata identificación del individuo con su sociedad y, a través de ésta, con la sociedad como un todo (Marcuse H. , 2010).

A la luz de esta categoría, se expone la relación directa que tiene en el modo de vida capitalista (de consumo, de rendimiento, de espectáculo) con la experiencia de depresión y se explora la condición que prima al modelo contemporáneo en su relación con la depresión.

Es decir, para entender cómo el modelo médico de atención a la salud mental se fundamenta en la lógica capitalista, y cómo, a su vez, ha construido al individuo enfermo, siendo este último su objeto de estudio – y, en última instancia, su razón de existir –, debemos explorar, después de las obvias ganancias económicas representadas por la venta de fármacos y tratamientos, las subjetividades y contradicciones de los principales constructos ideológicos surgidos a partir del proceso de acumulación del capital, que han, a su vez, causado al mismo modelo.

Específicamente, las narrativas ficcionales que construyen y constituyen al individuo actual dentro de la cultura moderna. Estos son: la identidad, la simulación, la normalidad y la felicidad.

### 3.1. Pastillas para no soñar

Oiga doctor,  
Que no escribo una nota  
desde que soy feliz...  
(Oiga doctor. Sabina 2005)

Los medios de comunicación difunden día con día múltiples patologías mentales y sus supuestos (y ambiguos) síntomas. En general, a una persona le bastan unos minutos en

redes sociales o en un buscador de internet para encontrar signos y síntomas que haga coincidir para sí mismo o para uno de los suyos, lo cual lo conduce al autodiagnóstico. Para cuando llega al consultorio ya no dice: me ocurre tal y tal cosa; enfatiza: tengo esto, por eso he venido.

Por tanto, desde hace algunos años, cuando una persona entra a mi consultorio diciendo “*Estoy deprimido*” mi interés se centra en investigar las causas y razones para hacer tal afirmación. Y eso, y no los manuales, es lo que me ha permitido hacer intervenciones psicológicas o terapéuticas diferenciadas por caso y situación. En líneas generales y a grandes rasgos, el acompañamiento psicoterapéutico consiste en: verbalizar la experiencia y la dolencia, hacer conciencia de la situación o de la responsabilidad, la aceptación del rol o papel ante la circunstancia y un llamado a la acción o al movimiento.

En cifras prácticas; nueve de cada diez individuos que llegan al consultorio diciendo “*Estoy deprimido*” no lo están<sup>73</sup>, es decir, no tienen esa enfermedad llamada depresión, aunque cumplen con todos y cada uno de los criterios que se inscriben en los manuales de instrucción (que no son muchos – hay que decirlo – ni difíciles de cumplir). Lo que están viviendo es un duelo, o están frustrados y hartos de su papel en el mundo, o han tenido una o varias pérdidas significativas sin elaborar<sup>74</sup>, o sus relaciones significativas están colapsando, o se sienten solos, o su vida es monótona y aburrida... pueden ser múltiples y variados los avatares de la vida que los llevaron a solicitar ayuda de un profesional de la salud mental.

Son estas características (y no la tristeza profunda o la baja autoestima), las que muchos estudios médicos han relacionado con daño orgánico-neuronal como la ausencia de los neurotransmisores serotoninérgicos y dopaminérgicos y que pueden ser tratadas con fármacos o técnicas psiquiátrico-psicológicas enfocadas al trastorno depresivo. De eso

---

<sup>73</sup> Sin argüir que es el resultado de una estadística con estándares significativos, el número no pretende ser universal, es sí, una metáfora personal en clave de relato, que ejemplifica la proporción abrumadora de diagnósticos y auto diagnósticos.

<sup>74</sup> Elaborar es un concepto psicoanalítico que se entiende como la capacidad de modificar los significados de una vivencia para desarrollar nuevos esquemas de afrontamiento, por ejemplo, de una pérdida, un accidente o una enfermedad (Diccionario de psicología, 2004).

hablamos cuando hablamos de depresión como enfermedad. Todo lo demás, se puede explicar por la relación que establece el individuo con su entorno.

No pretendo afirmar que la sensación depresiva es una ilusión o un invento – tal como es defendido por algunos de los llamados (mal llamados) antipsiquiatras – que, al negar su existencia, niegan la experiencia viva del individuo. Yo mismo luché, durante más de un año con mis propias sensaciones de apatía, tristeza, desilusión y falta de vitalidad.

Como ya mencioné, he visto, en menos de una docena de pacientes (entre cientos), una condición que, podría correlacionarse con una deficiencia neuro-fisiológica, y que tiende llevar a estados de abulia y anhedonia y que podría recibir atención médica, a esta condición suele llamarse Depresión clínica o Trastorno depresivo mayor. En esos casos, la recomendación “oficial” es una combinación de medicación antidepresiva y psicoterapia conversacional. Pero, no es lo usual, la mayoría de las personas han desarrollado lo que se ha llamado estados depresivos como resultado de sus experiencias vitales. Sin embargo, como también ya mencioné anteriormente, el tratamiento recomendado es el mismo para todos los casos con similares síntomas<sup>75</sup>.

Es importante ser reiterativo en esto: ambas condiciones, la anhedonia y la abulia son las únicas características que nos ayudan a diferenciar depresiones clínicas de simples crisis existenciales o tristezas profundas. La depresión no tiene que ver con la tristeza, ni con el duelo y es independiente de la alta o baja autoestima (lo que quiera que eso signifique).

En mi práctica terapéutica las preguntas seguían siendo las mismas: ¿Qué es lo que padece esta persona? y ¿Qué está ocurriendo con esta persona que dice padecer depresión? ¿Qué está provocando este estado?

Como se expondrá en el siguiente capítulo, la culpa y la ansiedad que experimentan, tanto los sujetos con depresión clínica, como aquellos diagnosticados con depresión, son

---

<sup>75</sup> Para ponerlo en contexto: Es como si a cada caso de fiebre infantil se le recomendara tratamiento contra la tifoidea (los síntomas son los mismos). O como si todos los dolores en el tobillo recibieran tratamiento de fractura.

expresiones de la dificultad que representa para el individuo convivir con la condición de enfermo en los modelos de vida impuestos por la sociedad<sup>76</sup>.

Sin embargo, así como uno de los primeros aprendizajes en mi práctica psicoterapéutica fue poder entender lo que era depresión y diferenciarlo de crisis existenciales o simples tristezas, también lo segundo que descubrí es que el término depresión era ocupado por los mismos pacientes, por los profesionales de la salud, por maestros, por juristas, por los medios de comunicación; en fin, por un amplio sector de la población, para englobar otros estados emocionales asociados con la tristeza, el duelo, la desesperanza o hasta el simple aburrimiento.

Es decir, en la práctica, hoy, los individuos ya no dicen estar tristes, sino estar deprimidos; en ese mismo sentido, estar decaído, sin ganas, es estar deprimido; sufrir por el dolor de la pérdida de un ser querido es estar deprimido; no tener actividades, o no querer realizarlas, es estar deprimido – y un larguísimo etcétera.

David Kaplan, oficial en jefe de la Asociación Americana de Asesoramiento para la depresión dijo en una entrevista (2014): “La gente usa sin medir la palabra ‘deprimido’ muy a menudo...” demostrando que también los “expertos” pueden usar palabras sencillas cuando son confrontados por la crítica. Después, en la misma entrevista a The Huffington Post, Kaplan afirmaba:

Depresión es un término clínico – y muchas veces cuando la gente dice que está deprimida, en realidad quiere decir que está triste. Las palabras que usamos son muy poderosas y es importante hacer la distinción entre ellas. (Holmes, 2014).

Al parecer, el término depresión, en la cotidianeidad de uso corriente de la expresión, ha evolucionado para englobar también estados de ánimo o formas de estar en el mundo que, en principio, no tienen, o no tenían, que ver con lo que hasta aquí hemos argumentado y entendemos como depresión.

---

<sup>76</sup> En qué consiste este modelo y por qué resulta tan difícil vivir en él es tema del primer capítulo

¿Cómo explicar esta transformación de términos? O dicho de otra manera ¿Cómo explicar que la palabra depresión ahora englobe términos como tristeza, melancolía, frustración, desamparo, desolación, apatía o duelo? Y ¿Cuáles son los efectos de que este término, por sí mismo, abarque tantos estados?

Pero antes y para ello, deberemos analizar cómo y en qué proporción la entidad llamada depresión se ha convertido en un problema de tales dimensiones. Y cuáles son sus consecuencias directas.

### *La depresión de los antidepresivos*

Para encontrar una respuesta adecuada, ciertos historiadores de la salud mental (Coryell, Endicott, Winokur, Akiskal, Solomon, Leon, Mueller, Leader entre otros) han coincidido en general en que la depresión se creó como una categoría clínica por una variedad de factores durante la segunda mitad del siglo XX: 1) había presión por equiparar los problemas psicológicos con los otros problemas de salud, y así salió a la luz un nuevo énfasis en el comportamiento visible-exterior, sintomático, más que en los mecanismos de interacción entre las personas (Divins, 2008) 2) el mercado de los tranquilizantes suaves colapsó en los setenta después de que se divulgaran sus propiedades adictivas, y por ellos hubo que popularizar una nueva categoría diagnóstica – y un remedio para ella – para justificar y atender el malestar de las poblaciones urbanas (Leader, 2008); y 3) las nuevas leyes sobre ensayos médicos favorecieron una concepción simplista de lo que era la enfermedad (Holmes, 2014).

Como resultado, las farmacéuticas manufacturaron la idea de enfermedad y de cura al mismo tiempo. La mayor parte de las investigaciones publicadas habían sido financiadas por ellos; y la depresión vino a ser menos un complejo de señales o síntomas con diversas causas y más simplemente aquello sobre lo que actuaban los antidepresivos (Lobo A. O., 2005). Si los medicamentos afectaban al humor, al apetito y a los patrones de sueño, entonces la depresión consistía en un problema con el humor, el apetito y los patrones de

sueño. En este sentido, para algunos de los historiadores antes mencionados, no es arriesgado decir que la depresión fue creada tanto como descubierta.

¿Cuál fue la lógica que condujo al desarrollo de los antidepresivos?

Para entender el proceso de aparición y desarrollo de los medicamentos llamados antidepresivos y contextualizarla como evento fortuito, comparemos la historial de la insulina con la historia de los antidepresivos:

Sucintamente, esta es la historia de la insulina:

Una enfermedad llamada diabetes tipo 1 causaba que los niños que la padecían perdieran peso rápidamente y murieran en cuestión de meses.

Hacia fines de los años 1900, la patogénesis de la diabetes no se entendía por completo, sin embargo, ya los investigadores de esos años habían experimentado con el páncreas de animales y sabían que su extracción producía diabetes y que su influencia en el metabolismo de los carbohidratos era esencial. Uno de los pioneros en este tipo de investigaciones, Eugene L. Opie (1873-1971). Teorizó que, en las secreciones del páncreas, podría estar el patógeno de la diabetes (ya sea por falta o por exceso). Su investigación, con páncreas extraídos en autopsias de personas que habían sufrido de diabetes, le permitió visualizar lesiones en los islotes de Langerhans. Esto proporcionó pruebas convincentes de que los islotes de Langerhans podrían ser el origen de la enfermedad (Opie, 1901). Luego de 20 años, y sólo después de mucha investigación y muchos experimentos fallidos, David Banting, Charles Best, y James B. Collip, lograron aislar la hormona isletina de los islotes de Langerhans y trataron con éxito la diabetes de un niño. A este extracto le llamaron insulina. Esto marcó el descubrimiento de la insulina y es uno de los momentos cumbre de la historia de la medicina (Paula A. Lifszyc, 2012).

Resumiendo, en el caso de la insulina: 1) Ante la existencia de una enfermedad plenamente descrita; 2) las investigaciones se centraron en encontrar la causa de la enfermedad, se establecieron teorías y se hicieron experimentos basados en precisas observaciones; 3) sólo después, el medicamento fue creado con base en los conocimientos de la específica patología de la diabetes.

Y ¿Cuál es la historia de los antidepresivos?:

El orden de los eventos es muy diferente. En 1955, Bernard Brodie y Arvid Carlsson descubrieron que un medicamento, llamado Reserpina, inyectado en animales, parecía hacerlos letárgicos, apáticos y "deprimidos". Desde unos años atrás, ya se había descubierto que la Reserpina también reducía los niveles cerebrales de noradrenalina, dopamina y serotonina. Brodie y Carlsson descubrieron que los medicamentos Iproniazida e Imipramina podían prevenir la letargia y la apatía si se administraban antes que la Reserpina, es decir, parecían tener un efecto "antidepresivo". La Iproniazida y la Imipramina bloqueaban la recaptación de dopamina, norepinefrina y serotonina en las células cerebrales, lo cual hacía que hubiera un excedente de las tres hormonas en las conexiones sinápticas (López-Muñoz, 2000).

Así nació la (ya famosa) teoría del desbalance neuroquímico como causa de la depresión.<sup>77</sup> Pues permitió que los investigadores centraran su atención en la serotonina, suponiendo que la deficiencia de serotonina era la causa de la depresión.

Resumiendo, la historia de los antidepresivos: 1) los investigadores primero entendieron cómo funcionaba un medicamento, 2) luego asumieron cuál era la causa de la depresión basados en los efectos de ese medicamento.

En 1999, la propia Asociación Americana de Psiquiatría (APA), publicó un texto donde se burlaba del origen de la idea del desbalance neuroquímico. En dicho texto se explicaba que:

“Asumir que la depresión es causada por niveles bajos de serotonina, porque un medicamento, que parece prevenir la depresión, aumenta la serotonina, (...) es similar a concluir que porque la aspirina causa sangrado gastrointestinal, se producen dolores de cabeza por demasiada pérdida de sangre... y la acción terapéutica de la aspirina en dolores de cabeza implica pérdida de sangre" (Robert E. Hales, 1999).

---

<sup>77</sup> El doctor Joseph Schildkraut merece algo de crédito por esto, en 1965 dijo que "algunas, si no todas las depresiones están asociadas con una deficiencia absoluta o relativa de catecolaminas, particularmente noradrenalina"



Aunque, no son pocos los profesionales que siguen impulsando la teoría del desbalance neuroquímico, sería útil que, antes de introducir un medicamento que aumente la recaptación de serotonina, al menos, se verificara que la persona realmente tenga niveles bajos de serotonina.

Especialmente porque se sabe que los antidepresivos tienen un sinnúmero de complicaciones – mal llamados efectos colaterales o secundarios – incluido el síndrome serotoninérgico (potencialmente mortal), sin olvidar la advertencia, impresa en todas las etiquetas de las cajas de medicamentos antidepresivos, de que puede producir "pensamientos y comportamientos suicidas".

Sin embargo, como explican investigadores de la Universidad de McMaster (Warkentin, 2015): "Actualmente es imposible hacer mediciones exactas sobre cómo un cerebro, vivo, libera y usa la serotonina... "

Aunque, hay que decirlo, existe una especie de solución para esto: Después de que la serotonina es “bombeada” a la sinapsis, puede ser reabsorbida en por la neurona pre-sináptica para su uso posterior, o bien, se metaboliza por una enzima llamada 5-hidroxiindol (5-HIAA). La enzima metabólica 5-HIAA sí puede ser detectada en laboratorio. Por tanto, los investigadores pueden extraer líquido cefalorraquídeo para una medición – indirecta – de los niveles de serotonina. Esto proporcionaría una prueba muy convincente de la relación entre serotonina y depresión. Se esperaría que las personas con niveles bajos de 5-HIAA (debido a los niveles bajos de serotonina), tengan, de menos, conductas depresivas, o bien desarrollen un Trastorno Depresivo Mayor. (Andrew, 2015)  
Sin embargo:

- En 1971, investigadores de la Universidad McGill no pudieron encontrar diferencias "estadísticamente significativas" entre los niveles de 5-HIAA de pacientes deprimidos y los controles normales. Y no hubo correlación alguna entre la gravedad de la depresión y los niveles de 5-HIAA (Raffaello Papeschi, 1971).
- En 1974, dos investigadores de la Universidad de Pensilvania descubrieron que un fármaco que eliminaba la serotonina del cerebro no inducía, de manera significativa, a ningún tipo de depresión (Joseph Mendels, 1974).

- En 1975, investigadores del Instituto Karolinska de Estocolmo encontraron que el 30% de pacientes deprimidos, tenían bajos niveles de 5-HIAA. Pero encontraron que el 25% de las personas del grupo de control "normal" también tenía bajos niveles de este metabolito en el análisis cerebrospinal. De hecho, más del 60% de los pacientes deprimidos tenían niveles relativamente altos del metabolito (BMarie Åsberg, 1976).
- Finalmente, en 1984, investigadores del National Institute of Mental Health de Estados Unidos, estudiaron la respuesta de los antidepresivos en pacientes deprimidos que sí tenían bajos los niveles de la enzima metabólica 5-HIAA, por tanto, de serotonina. Al final del estudio, el investigador principal, James Maas escribió: "Contrario a las expectativas, no se observa relación entre el nivel de 5-HIAA y la respuesta al antidepresivo" (Stephen H. Koslow, 1984).

En otras palabras, los investigadores presuponen que los antidepresivos funcionan porque, efectivamente, reducen el proceso de recaptación de serotonina en el cerebro, no en que, efectivamente reduzcan la depresión.

Este es uno de los problemas de los antidepresivos: el mecanismo de cómo funcionan no se conoce. Por ejemplo, se sabe que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los llamados ISRS, inhiben la recaptación de serotonina, pero no se sabe por qué ello tendría un efecto terapéutico.

El psiquiatra Daniel Carlat, entrevistado para el documental "Making Sense of Antidepressants" comentó:

"Realmente no sabemos cómo funcionan los medicamentos en el cerebro... Entonces, aunque es raro... cuando mis pacientes preguntan sobre estos medicamentos, a menudo les digo algo como: Bueno, la forma en que Zoloft funciona es que aumenta los niveles de serotonina en el cerebro, en las sinapsis, en las neuronas y, presumiblemente, la razón por la que estás deprimido o ansioso es que tengas algún tipo de deficiencia. Y yo digo esto no porque realmente lo crea... Digo esto porque los pacientes quieren saber algo y quieren saber que nosotros, como médicos, tenemos una comprensión

básica de lo que estamos haciendo cuando prescribimos medicamentos. Y ciertamente no quieren escuchar que su psiquiatra, en esencia, no tiene idea de cómo funcionan estos medicamentos..." (Carlat, 2010).

Por tanto, no sabemos por qué funcionan, y todavía tenemos dudas sobre si realmente funcionan. Sin embargo, algunas personas reportan que los antidepresivos les son verdaderamente útiles y que les ha salvado la vida, haciendo que el tema de su eficacia sea complejo.

Esto nos lleva al punto quizás más preocupante sobre los antidepresivos. La mayoría de los datos recientes sobre la depresión resultan ser datos de investigaciones realizadas sobre la depresión-medicada.

Ante la, ampliamente difundida, creencia de que la depresión es una enfermedad crónica, los pacientes a menudo son informados de que tendrán que tomar antidepresivos de por vida para mantener "balanceada" su química cerebral. Algo así como los diabéticos que necesitan tomar insulina por el resto de su vida. Entonces, es muy común que, al dejar el medicamento, las personas tengan una especie de colapso depresivo (recaídas, que suelen ser más profundas), lo cual se considera, es evidencia de la necesidad de los medicamentos. Pero ¿qué sucede con personas que, simplemente, no toman ningún medicamento?

Varios autores explican que antes de la era de los antidepresivos, la depresión de las personas, generalmente se resolvía eventualmente, sin ninguna intervención médica o psicológica.

- Un estudio longitudinal a largo plazo, del año 1931, con 2.700 pacientes deprimidos, informó que más de la mitad de los admitidos por depresión solo tuvieron un episodio depresivo, sin recaídas (Pollock, 2006).
- Un médico sueco, Gunnar Lundquist, en 1945, siguió a 216 pacientes deprimidos durante 18 años y descubrió que el 49% nunca experimentó un segundo episodio depresivo, y el 76% se convirtió en "socialmente saludable y podría volver a su trabajo habitual" (Lundquist, 1945).

- En 1970, el psiquiatra búlgaro Nikola Schipkowensky informó que los antidepresivos tricíclicos inducían a las personas con depresión a "tener a un curso más crónico" (Dewa, 2001).
- En 1995, un estudio del National Institute of Mental Health examinó a personas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor que recibieron tratamiento antidepresivo y los comparó con personas con el mismo trastorno que no recibieron tratamiento alguno. En los resultados del estudio, que duró 6 años, se observó que las personas que tomaron medicamento tenían 3 veces más probabilidades de no funcionar en sus habituales actividades sociales (Coryell W, 1995).
- Investigadores británicos en 2005, afirmaron que la mayoría de los antidepresivos más populares (los de mayor venta en el mercado) no son esencialmente mejores que un placebo (Paul W. Andrews, 2012).
- Finalmente, en 2006, Robert Michael Posternak dirigió un estudio que analizó a 84 personas que tuvieron un sólo episodio depresivo y no recibieron medicamentos. Se descubrió que el 23% de estas personas, no medicadas, se recuperaron en un mes, el 67% de ellas se recuperaron en seis meses y el 85% se recuperó en el lapso de un año (Posternak MA, 2006).

Esto nos lleva a concluir que, si bien, en el mejor de los casos, los antidepresivos podrían acelerar la recuperación de algunas personas deprimidas en el corto plazo, la depresión podría convertirse en una enfermedad a largo plazo (de curso crónico) si se toman antidepresivos.

Por supuesto que esto crea, por lo menos, cierto escepticismo acerca de las afirmaciones que se hicieron de los antidepresivos. Ahora es bien sabido que la mayoría de los estudios sobre su efectividad están financiados por la industria y que, hasta hace muy poco, los resultados negativos rara vez se publicaban (Catalá-López, 2017). También se han cuestionado fuertemente las afirmaciones sobre la especificidad de los medicamentos.

Houellebecq, en su libro *Serotonina*, hace una descripción literaria, casi poética del Captorix, un antidepresivo que libera serotonina y que tiene tres efectos secundarios: náuseas, desaparición de la libido e impotencia.

Es un comprimido pequeño, blanco, ovalado, divisible. No crea ni transforma; interpreta. Lo que era definido lo convierte en pasajero; lo que era inevitable lo vuelve contingente. Proporciona una nueva interpretación de la vida: menos rica, más artificial, e impregnada de cierta rigidez.

No procura ninguna forma de felicidad, ni siquiera un verdadero alivio, su acción es de otra índole: transformando la vida en una sucesión de formalidades, permite engañar. Por lo tanto, ayuda a los hombres a vivir, o al menos a no morir... durante un tiempo.

(Houellebecq, 2019, p.281)

Contrariamente a las publicaciones que impulsa la industria médica, los estudios que se han realizado de manera independiente revelan que las diferencias entre el efecto de los antidepresivos y el placebo<sup>78</sup>, son escasas (Khan & Brown, 2015).

Incluso, cuando se examinan los metaanálisis realizados a partir de los datos de los ensayos clínicos, tanto publicados como no publicados, se observa que el beneficio de los antidepresivos está por debajo del límite de significación estadística y no existe prácticamente ninguna diferencia en las puntuaciones de mejoría del fármaco respecto al placebo en pacientes con depresión leve o moderada y, es pequeña y clínicamente insignificante en pacientes con depresión grave (Barbui, Ciprinani, Ayuso-Mateos, Ommeren, & Patel, 2011).

Y tenemos que hacernos nuevas y mejores preguntas: ¿Qué pasaría si el efecto placebo explicara toda la actividad de los tratamientos de la depresión?

Es más, cuando se usan placebos activos (sustancias que no tienen efecto terapéutico pero sí provocan sensaciones perceptibles a quien lo toma) los efectos entre el fármaco y el placebo son muy similares. Los efectos de los tratamientos activos son tan

---

<sup>78</sup> Un placebo es una sustancia farmacológicamente inerte que se utiliza como control en un ensayo clínico. Su uso más frecuente es la contrastación de nuevos medicamentos.

pequeños que solo un ligero ajuste debido a algún sesgo puede hacerlos clínicamente irrelevantes (Cuijpers, 2014).

De hecho, algunos estudios encuentran que actividades muy variadas permiten reducir los síntomas de la depresión tanto o más efectivamente que el uso de antidepresivos: desde bailar el tango a nadar con delfines y practicar hortofruticultura (Kamioka, 2014).

Entonces, la investigación debería centrarse mucho más en cómo se produce la remisión espontánea, ya que "En el tratamiento de la depresión, uno siempre tiene un aliado en el hecho de que la mayoría de las depresiones terminan en remisiones espontáneas". (Kline, 1964).

Ahora, la mayor parte de la investigación se centra en los cambios cerebrales y los mecanismos psicológicos implicados en la acción de las terapias biológicas y psicológicas, sin embargo, tenemos que enfrentarnos a los hechos y centrarnos mucho más en el proceso de recuperación natural que en las limitadas contribuciones de tratamientos específicos<sup>79</sup>.

Toda esta confusión, tal y como está planteado, es resultado de la aplicación del modelo médico a la atención y tratamiento del sufrimiento de las personas. Da igual que se hable también de terapias psicológicas: las más comunes se rigen en su práctica y se miden por el mismo modelo médico.

La propuesta de esta tesis no es encontrar nuevos tratamientos para la depresión (ya hay demasiados), sino de analizar qué factores sociales están detrás de la llamada "patología psiquiátrica más extendida del mundo". Ahí están las claves de la epidemia actual.

Sin embargo...

---

<sup>79</sup> La mayor parte de las nuevas terapias y tratamientos que quieren entrar en el mercado se prueban con personas en Depresión. Esto no es casualidad. Cuentan con las remisiones espontáneas, el hecho de que hacer casi cualquier cosa provoca mejorías significativas y que es un tema que importa a nivel general.

## *Estudiar a la depresión causa depresión*

A pesar de tanta cautela, la idea de la depresión como un problema cerebral sigue siendo cautivadora, incluso para los escépticos.

Por ejemplo, cuando artículos periodísticos señalan los peligros de una medicina en particular como el Seroxat (BBC News, 2005), sugiriendo que aumenta el riesgo de suicidio, las razones para ello se explican en términos bioquímicos: la droga causa los pensamientos suicidas. Estos críticos de la medicina comparten así las creencias de sus fabricantes: que nuestros pensamientos y acciones son exclusivamente determinadas por la bioquímica.

La implicación de tales críticas es simplemente que las medicinas no son lo suficientemente buenas: necesitan ser más específicas y promover pensamientos positivos en vez de negativos.

Esta perspectiva ignora por completo la idea de que los suicidas puedan ser a veces consecuencia de un diagnóstico inicial erróneo (por ejemplo, diagnosticar equivocadamente introversión como depresión) y de igual relevancia es el hecho de no considerar que la depresión puede ser en sí misma un mecanismo de defensa que, si se la anula, aumenta la posibilidad de las acciones desesperadas (Holmes, 2014).

Algunos estudios, de hecho, han afirmado que las depresiones tal vez incluso protegen contra el suicidio (Healy, 2004). En otros casos, la forma en que un medicamento embrutece los estados mentales de una persona puede causar un cortocircuito en la producción de defensas genuinas contra los sentimientos suicidas, dejando al individuo indefenso contra sus propios pensamientos de desamparo (Andrews & Anderson-Thompson, 2010).

No sobra recalcar que no existen sistemas de detección de la enfermedad. Es decir, no existen biomarcadores detectables para diagnosticar depresión. En palabras prácticas, no hay estudios de laboratorio, exámenes de sangre, orina, saliva o coprocultivos que aislen al agente patógeno para diagnosticar enfermedad. Y los escáneres, tomografías, resonancias

magnéticas o ecografías todavía no son capaces de detectar las falencias fisiológicas o estructurales que diagnostiquen, preventivamente, depresión.

La asunción de enfermedad como resultado de daño estructural (serotoninérgico, dopaminérgico o gabaminérgico) es resultado de pruebas de experimentales realizadas en ratas de laboratorio, cuya fisiología cerebral ha demostrado ser similar a la humana. Aunque el avance tecnológico sigue siendo esperanzador, las tomografías hoy todavía apuntan a correlaciones posibles, dado el efecto de ciertas conductas en la estructura cerebral, no a causas.

Es decir, a diferencia del resto de enfermedades tratadas por el modelo médico, el diagnóstico de enfermedad – individual y orgánica – de depresión, carece de pruebas de medición biológica<sup>80</sup> (tener depresión no cambia el Ph de la sangre, no provoca fallas renales, no descalcifica los huesos). Se le sustituye por baterías de pruebas psicométricas que otorgan resultados cuantitativos que se contrastan con medias estadísticas de conducta “normal”.

O bien, se espera que el experto ojo clínico de un agente de la salud mental sea capaz de diagnosticar, correctamente, una enfermedad – que se presume bioquímica – a través de la observación de conductas trasmutadas en síntomas (los cuatro o cinco expresados por el paciente) en entrevistas psico-médicas dadas en el ambiente aséptico de los consultorios de salud<sup>81</sup>.

La paradoja está servida, pero no resulta obvia para el conjunto social, ya que el dispositivo de salud mental se ha rodeado de un halo pro-científico-médico suficiente que evita o desvanece las confrontaciones o cuestionamientos por parte de los inexpertos pacientes o clientes.

---

<sup>80</sup> Ejemplos de biomarcadores de agentes patógenos detectados mediante pruebas de laboratorio abundan en los perfiles hepáticos, perfiles lipídicos, perfiles hemogramáticos, etc.

<sup>81</sup> Aunque hay que aceptar que las técnicas de diagnóstico y el quehacer clínico ha sufrido cambios, por ejemplo, la diferencia entre la clínica psiquiátrica de internamiento y la Psiquiatría Basada en Evidencias, el cambio se circunscribe a pequeños guetos académicos y médicos. No al grueso de tratamiento ofertado.



En la práctica, el mito de la depresión como una enfermedad exclusivamente biológica ha venido a reemplazar el detallado estudio de la variedad de respuestas humanas a la pérdida, a la decepción, al desamparo, al cansancio y a la soledad. Y éste fenómeno se ha dado gracias al patrocinio de las fuerzas económicas de un mercado de tratamientos que, ciertamente, ha tomado parte en este esfuerzo por transformar cualquier dolor en depresión.

Se enseña a ver casi cualquier aspecto de la condición humana como si de alguna manera estuviera sujeto a una decisión consciente y al control individual, y cuando las compañías farmacéuticas comercializan sus productos juegan con estos ingredientes modernos de la propia imagen.

Puede ser que estemos enfermos, pero podemos elegir tomar las medicinas y así recuperarnos: no hacerlo parecería irracional y autodestructivo (Leader, 2008, pág. 12).

Incluso en las periferias urbanas de cualquier país, grandes y coloridos anuncios incitan al público a preguntarle a su médico de familia por antidepresivos de marca. Los medicamentos, se afirma: nos restauran a nuestro ser anterior y nos (de)vuelven a la felicidad.

Aunque existen muchos estudios que muestran que los antidepresivos, de hecho, no hacen lo que se supone que deben hacer (Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2015), la sociedad parecer tener oídos sólo para los comunicados de prensa positivos.

Se sabe que la investigación está patrocinada por la industria, que las medicinas no son tan específicas como se afirma, que sí tienen serios efectos secundarios y producen significativos problemas de abstinencia (Cottrell, 2018) y que, con el tiempo, otros abordajes psicoterapéuticos o socio-comunitarios proveen un tratamiento mejor y más sólido (Carrobes, 1985). Sin embargo, las recetas continúan, junto con una nueva y aparentemente “científica” propaganda emitida por las compañías. A nivel mundial, esto constituye un mercado que supone miles de millones de dólares (González, 2005), y es difícil imaginar a alguien dentro de la industria diciendo que es el momento de cerrar el negocio y dejar de obtener ganancias.

A esto hay que añadir que, en nuestra realidad académica, el trabajo de un investigador individual que estudia los efectos nocivos o nulos de medicamentos antidepressivos, del resultado de sus investigaciones tal vez se impriman veinte o treinta ejemplares para enviar a colegas y, en el mejor de los casos, sea publicado en una revista científica con unos cuantos cientos de visitas de otros investigadores interesados en el tema.

En cambio, los resultados de investigaciones financiadas por la industria tendrán tiradas de cien mil ejemplares que se distribuyen gratis a los médicos y después son desplegadas en revistas y periódicos como “nuevas evidencias médicas” (Catalá-López, 2017). Evidentemente estos factores –económicos– son los que dan la ilusión de que la opinión se inclina a favor de los medicamentos.

El problema aquí no es sólo acerca del acceso a la información sino el costo de crear esa información en primer lugar. Estudiar un antidepressivo en particular tal vez no sea tan difícil, pero un proyecto que esté encaminado a cuestionar la validez misma de los antidepressivos no encuentra patrocinio con facilidad. Dirigir tales estudios y divulgar sus resultados requiere un poderoso apoyo, el cual significa la clase de dinero que en realidad sólo tiene la industria.

Agregado a esto, para que tales estudios cuenten como “científicos” deben usar el mismo lenguaje y sistemas diagnósticos de los fabricantes de los medicamentos, co-creadores, a su vez, del modelo médico de atención. De otra forma, se cree que no puede hacerse ninguna comparación significativa. Esto tiene el desafortunado resultado de que incluso los conceptos más básicos – tales como la depresión misma – tienden a evitar el escrutinio y la crítica.

Pero, entonces, la visión de la depresión como una enfermedad única ¿es consecuencia del beneficio económico que recibe la industria farmacéutica? Y por tanto ¿es derivada del modo de vida capitalista? La respuesta, desde la perspectiva de varios autores (Andrews & Anderson-Thompson , 2010), (Bentall R. , 1992), (Boskoff, 1982) etc. y la de ésta crítica, es inobjetable y afirmativa. Esta visión – y su narrativa – es lo que permite la venta de medicinas únicas que afirman curar una depresión única.

Sin embargo, responsabilizar solamente a las farmacéuticas es un indicativo de no estar viendo el cuadro completo. Aunque el modo de vida en occidente está proponiendo – y, podemos decir, obligando – a formas de vida derivadas del proceso de valorización del capital, también la sociedad contemporánea en su modo juega su parte en configurar cómo deseamos vernos a nosotros mismos y a nuestros malestares. Debido a que, como dice Horkheimer y Adorno (1998), la producción capitalista encadena de tal modo en cuerpo y alma [que] somete sin resistencia a todo lo que ofrece (Horkheimer & Adorno, 1998).

### *Un cuento depresivo.*

Entonces comencé a tomar un medicamento llamado Seroxat. Y me sentí mucho mejor, sentí que recibí un impulso real. Pero no mucho tiempo después, el sentimiento de dolor comenzó a reaparecer... Entonces me dieron dosis cada vez más altas, hasta que tomé la dosis máxima posible (la que, legalmente, es lo máximo puedes tomar) durante los siguientes 13 años... Y por muchos de esos 13 años, y casi todo el tiempo al final, todavía sentía mucho sufrimiento... Y comencé a preguntarme: “¿Qué está pasando aquí? Por qué, si estoy haciendo todo lo que el médico me dice que haga ¿Por qué todavía me siento así?” (J. Hari, 2017)

Existe una narrativa alrededor de los trastornos mentales que resulta muy eficaz para convencer a las personas de que sus sensaciones internas, a pesar de estar provocadas por sus interacciones con el ambiente, son producto de reacciones químicas que se dan en el cerebro.

Es un discurso muy evocador. Puesto que plantea un elemento distintivo claro, ubicable en el espacio, irreprochable en términos lógicos, de una sencillez inconmensurable y que, además, elimina la culpa por las sensaciones y pensamientos subjetivos que se generan en el día a día.

Ese mensaje es: *La culpa no es tuya, es de unos neurotransmisores (lo que quiera que eso signifique) que se encuentran en tu cerebro y que, como diablitos de dibujos*

*animados, te dicen cosas horribles al oído, te quitan el ánimo, te roban las fuerzas, te ponen de malas y te entristecen a niveles intolerables.*

La ilusión de haber encontrado al enemigo es, no sólo incontrovertible, es además muy satisfactoria. A mis estudiantes, les suelo decir que, en el contexto de la salud mental, un diagnóstico suele dar más satisfacciones que soluciones. Porque asigna responsabilidades a entidades ficticias (que no es que no existan, es que simplifican el problema eliminando todas las demás), y dirigen las acciones de solución a únicas y exclusivas problemáticas, en otras palabras, permiten la ilusión de las soluciones simples a problemas complejos.

La sensación que se tiene cuando un experto en salud mental toma el control de la situación y señala al supuesto causante de mi malestar, es sólo comparable con la satisfacción que genera dejar de ser el culpable por ello. A esto se aúna que, dejar de culpar a mis seres queridos por lo que me ocurre, es realmente relajante; para ellos y para mí. La flecha de la culpa se aleja. No soy yo, y no es el Otro.

El discurso narrativo de la salud mental crea así una vía rápida de acceso a un poder y a un control social sin precedentes, al tiempo que resuelve las contradicciones, las luchas y los antagonismos introduciendo una categoría muy concreta, la llamada depresión (individual y genética para más inri)

Hace unos años construí un relato con las descripciones y testimonios de las personas que visitaban mi consultorio:

La relación con los padres se desgasta por la convivencia cotidiana. Las relaciones de pareja no han sido, nunca, ni parecidas a las historias románticas que se ven en las películas y en las novelas. Los amigos se apartan porque están lidiando con sus propias vidas. Los trabajos en general son monótonos, repetitivos y carentes de sentido. Pagan mal y tratan peor. Los proyectos productivos que tienen sentido o que son inspiradores requieren de un esfuerzo descomunal, continuado y comprometido que no siempre está al alcance de las reservas de energía que

tiene el cuerpo. Y requieren inversión de capital, mucho capital que tampoco se tiene. El futuro prometedor que se ofertaba a la vuelta de la esquina se aleja cada vez más. La inseguridad, el crimen y el vandalismo amenazan a familiares y a la propia vida. Tragedias aleatorias se suceden de vez en cuando alrededor del mundo y es imposible no identificarse con las víctimas. Familiares mueren. Nuestro papel en el mundo es cada día más insignificante. Se es un número más en las estadísticas de la clase media, de la clase alta o de cualquiera. Las redes sociales nos conectan, diariamente, con historias de personas satisfechas, felices, en lugares paradisiacos. Y nos recuerdan que la vida no es, ni de lejos, lo que podría ser. Todos los días se ven imágenes perfectas que, por el retoque, por el filtro, cualquiera es incapaz de reproducir en su mente o sus recuerdos. Nunca nada brilla tanto, nunca los colores son tan saturados, tan sutiles, tan bien enfocados. Nunca nada es suficiente.

Al mismo tiempo, mis tías me recuerdan todos los días que la vida es bella en mensajes con Piolines en Whatsapp. Recibo cientos de memes a la semana que intentan ser inspiradores y que sólo me piden que "le eche ganas". Mis redes sociales están llenas de mensajes positivos. La gente a mi alrededor no se cansa de decir que debo ser feliz, que debo luchar por mis sueños, que los fracasos son sólo para perdedores, que las oportunidades están a la vuelta de la esquina, que una actitud positiva es lo único que necesito para triunfar, que si lo creo lo atraigo, que si sonrío la vida me sonreirá, que mi vida está en mis manos y que nadie puede detenerme, que el cielo es el límite. Que debo ser feliz. Que debo perseguir el éxito...

Todo es muy cansado, excedentes de estímulos, hay ruido en todas partes, me enfado, me entristezco, me culpo por sentirme así, no puedo hacer nada para mejorarlo...

Entonces llego a las puertas del consultorio de un experto en salud mental, el lugar es blanco, aséptico y ordenado, su voz es profesionalmente controlada. Me dice, sin atisbo de duda, que todo esto, todo lo que siento, todo lo que pienso a diario, todo lo que no funciona en mi vida, todo lo que está mal... todo eso es culpa de un desbalance neuroquímico en mi cerebro y que, con dos pastillas diarias (diminutas, insaboras, y casi inofensivas) todo estará bien. ¿Cómo no tomar esa oportunidad? ¿Cómo no aceptar esa oferta?

Debemos aceptar que es una narrativa exquisita: No es que el sistema actual, con todo y sus estructuras narrativas, me esté empujando hacia el abismo, y no es que mi vida y mi entorno sean horribles o que no entienda mi papel en el mundo. Es que tengo una enfermedad: *Tengo Depresión. La serotonina o la dopamina (esos diablillos) de mi cerebro (ese caldo de cultivo químico), no hacen lo que deberían hacer. Eso es todo. El experto en salud mental arreglará el problema. Podemos ir en paz, la consulta ha terminado.*

Unos años después, a modo de ejemplo, escribí una versión infantil para denostar el efecto de una narrativa simple, pero bien elaborada alrededor de buenos y malos, víctimas y victimarios, enfermos y sanos. No he desperdiciado ocasión para leerlo entre alumnos y pacientes:

Había una vez un pueblito llamado Cerebri en el que todos eran felices. Un día llegaron dos diablitos llamados Sero y Dopa que tenían tantos superpoderes que destrozaron el lugar porque no sabían cómo controlarse. ¿y cómo es que los habitantes del pueblo no se defendieron, papa? Ah bueno, es que los diablitos Sero y Dopa eran de una especie muy poderosa llamada Neuros, que viven en las alcantarillas de los pueblitos y nunca salen a la luz. Nadie sabe qué son y nunca nadie los había visto. En realidad, no es que fueran malos-malos, es que con tantos superpoderes no sabían cómo comportarse: volteaban a la derecha y sacaban un rayo, levantaban una mano y lanzaban una tormenta, corrían y el piso se abría a sus pies, trataban de saludar a alguien y le aplastaban la mano. En el

pueblo ya no sabían que hacer. Si las cosas seguían así, todo el pueblo terminaría derrumbado y todos morirían. Así que un día, uno de los habitantes más jóvenes del pueblo, uno que se creía muy inteligente llamado Consi, se le ocurrió llamar un superhéroe llamado Psico. Psico era un superhéroe que vivía en otro pueblito llamado Face y en ese pueblo se decía nunca los Neuros atacaban por el poder de Psico y de su espada. Así que un día llegó Psico al pueblo de los cerebris (así se llama a los habitantes de Cerebri) y venció a los Neuros... ¿y sabes cómo los venció hija?... Psico tenía una espada mágica llamada Páxil, que tenía el superpoder de absorber todos los superpoderes de los Neuros. Así fue como los Neuros perdieron sus superpoderes y ya no molestaron más a la gente del pueblo... ¿preguntas?... si... ¿cómo consiguió Psico la super espada Páxil? Ahhh... es que Psico fue a una escuela... si, como la tuya hija... donde le enseñaron a pelear con la espada. Y cuando terminó el curso, por ser tan bueno, el mago APA le regaló Páxil, la espada superpoderosa. ¿Quién es APA?... El mago más poderoso del universo hija... ¿qué no era Voldemort?... Sshhht... ese no debe ser nombrado hija... APA era el segundo mago más poderoso del universo... ahhhh... sería el tercero papá porque el segundo es Dumbeldore.... Sshhht... deja de discutir y concéntrate en mi cuento!!! ¿Y por qué no los mató papá y ya? Noo... claro que no, a los Neuros no debes matarlos, porque cuando mueren todos sus superpoderes explotan y lo destruyen todo... ¿todo todo?... Si hija, todo todo. Lo bueno es que Sero y Dopa, no supieron que Psico llegaba al pueblo, así que cuando Psico blandió su espada Páxil y absorbió todos sus superpoderes ya no pudieron pelear contra él. ¿y entonces qué hicieron? ¿se fueron?... No hija, Sero y Dopa se pusieron muy tristes porque ya no tenían superpoderes pero aprendieron a convivir con los demás del pueblo. Y como ya no hacían daño a nadie, los habitantes del pueblo les ofrecieron una casa, les enseñaron a trabajar y todos vivieron felices para siempre...

Qué cuentos tan raros cuentas papá... lo sé hija, ahora ya duérmete que tengo que ir por mi Páxil... ¿tienes una espada Páxil papa?... ¡A dormir dije!!!

Los creadores y dueños del discurso de enfermedad mental, es decir, los licenciados para tal, representados por psicólogos, psiquiatras y médicos en general tienen un discurso eficaz. Y, aunque un discurso eficaz requiere de subjetividades compartidas, las narrativas son convincentes porque el poder de narrarlas ya ha sido abstraído. Principalmente porque un relato bien narrado es el principio de una abstracción real y es la estructura que forma la falsa consciencia.

Pero, contar relatos efectivos no es fácil. La dificultad no estriba en contarlos, sino en convencer a todos y cada uno para que se los crean. Gran parte de la presente investigación gira alrededor de esta cuestión: ¿Cómo se convence a millones de personas para que crean que tienen una enfermedad llamada depresión? ¿Cómo se convence a millones de personas que esta enfermedad existe?

La respuesta la podemos encontrar en los efectos. Cuando una narrativa tiene éxito, confiere un poder inmenso, porque permite que miles de personas cooperen para trabajar hacia objetivos comunes. Piénsese en lo difícil que habría sido crear estados, o iglesias, o sistemas de jurídicos si no pudiéramos hablar de dioses, naciones o leyes, todas ellas ficciones sociales muy poderosas.

En ese mismo sentido, piénsese en lo difícil que sería profesionalizar a la psiquiatría si no pudiéramos hablar de enfermedades mentales. En lo difícil que sería hablar de profesión o de siquiera labor, si no hubiera un objeto de estudio, un objeto de acto, un objeto de modificación... (en este caso, el cerebro y sus neurotransmisores) y en la difícil situación en que un sanador no tuviera a quién sanar...

Adorno, en *Dialéctica Negativa* (2005, pág. 96), abunda en esta hipótesis al subrayar que los conceptos no son algo dado por naturaleza, sino que se originan y están involucrados en el proceso de la totalidad social.

Así, la referencia dialéctica a la totalidad, para la Teoría Crítica, cumple la función esencial de la destrucción de la pseudo-concreción de la apariencia fetichista de la inmediatez, o bien, de la naturalidad de algo que en realidad está constituido y mediado socialmente.



## Más de 100 mentiras. Los mitos que nos dieron traumas.

El mundo que rodea al individuo, en el que le tocó por ventura o infortunio existir, es un producto de la narrativa social que le rodea. Sin embargo, esta afirmación es rotundamente refutada por la práctica médica misma, en tanto que el individuo, pasivo, debe aprehender todo aquello que la sociedad tiene por verdad. El individuo se experimenta a sí mismo como receptivo y pasivo.

La oposición entre actividad y pasividad, que se presenta en la teoría del conocimiento como el dualismo de sensibilidad y entendimiento, no es válida para la sociedad en la misma medida que para el individuo. Donde éste se experimenta a sí mismo como pasivo y dependiente, es aquella, que sin embargo se compone de individuos, un sujeto activo, aunque inconsciente y por tanto impropio (Horkheimer, 2000, pág. 20).

El resultado, aunque predecible, es que el individuo se percibe, por un lado, inmutable (no es capaz de modificarse a voluntad), y por otro, determinado por una práctica social que, aunque vigente, le es ajena.

Este paradigma es especialmente determinante al hablar de enfermedad mental. Una vez asignadas las determinaciones clínicas que le son ajenas, el sujeto debe asumirse enfermo y percibirse como tal. El riesgo de no hacerlo es asumirse “no-interesado” en su propia “cura”.

El individuo debe percibirse enfermo, deprimido y dañado o no recibirá atención de ninguna manera. Corre el riesgo de la irrelevancia.

Esa narrativa es, por decir lo menos, eficiente, pero es, sin lugar a dudas, fascinante.

Pero ¿Qué narraciones subyacen a la enfermedad mental? Y por ende a la salud mental.

¿Cómo se da el proceso de alienación en la etiquetación depresiva a través de la cultura y del sistema?

¿Cuál es el proceso que sigue el discurso social que incita al proceso de aparición de la depresión en el individuo?

Debemos explorar a las subjetividades y contradicciones de los principales constructos ideológicos surgidos a partir del proceso de acumulación del capital, que han, a su vez, causado al mismo modelo. Específicamente, las narrativas ficcionales que construyen y constituyen al individuo actual dentro de la cultura moderna. Estos son: la identidad, la simulación, la normalidad y la felicidad.

### 3.1. Normalidad o la construcción de una ética del deber ser social.

Un análisis psicoanalítico de la cultura prototípica de nuestros días: la enfermedad actual consiste precisamente en la normalidad [...]. Lo más desconsolador es pensar que a la enfermedad del normal no se contraponen sino más la salud del enfermo, sino que ésta, la mayoría de las veces simplemente representa el esquema del mismo infortunio de otra forma.

(Adorno T. , 2006, pág. 26)

Como ya se mencionó antes, el modelo médico de atención a la enfermedad mental se basa en relaciones opuestas de conceptos tan manipulados y obsoletos como los de mente-cuerpo, individuo-sociedad, normalidad-anormalidad, salud-enfermedad, depresión-felicidad, etc. Conceptos que están insertos en un pensamiento ideológico cuya última consecuencia, de acuerdo con Horkheimer, es la aniquilación del individuo, del colectivo y, sin más, la dominación del aparato social emancipatorio concomitantes del capitalismo (Horkheimer & Adorno, 1998).

Dentro de su esquema positivo, para plantearse a sí misma como ciencia, la teoría tradicional establece una ética del objeto de estudio, es decir, normativiza al objeto para

poder investigarlo y tratarlo. Y esa normativa es, y debe ser, inconsciente de su propia historicidad. La ciencia positiva declara: Lo normal es lo que debe ser.

Pero ¿Qué es lo normal en la conducta? ¿Qué sentimientos, pensamientos o actitudes deben ser considerados normales? ¿y cuáles anormales? Y en ese mismo sentido ¿Cómo se normativizan las conductas? ¿Qué es lo normal en la mente humana?

Nuestra cultura tiende a aducir que sólo es anormal lo que es antinatural. Pero, desde una perspectiva biológica, nada es antinatural. Todo lo que es posible es, por definición, también natural. Un comportamiento verdaderamente antinatural, que vaya contra las leyes de la naturaleza, simplemente no puede existir, de modo que no necesitaría prohibición. Ninguna cultura se ha preocupado nunca de prohibir que los hombres fotosinteticen o que las mujeres corran más rápido que la velocidad de la luz (Harari, Homo Deus, 2016, pág. 56).

Una de las respuestas a tener en cuenta y que nos proporcionan las ciencias de la salud mental, es que todo lo que se refiere a la normatividad, entendida como exteriorización y señal de lo que debe ser, forma parte del tipo de pensamiento situado en la teoría tradicional (Horkheimer, 2000), que a su vez ha nacido de la unión de los comportamientos sociales y las relaciones de poder (Foucault M. , 2014).

En Vigilar y Castigar, Foucault (2014) ya analiza al poder como un agente normalizante que, con ayuda de determinados saberes, termina naturalizando la normalidad. En el mismo texto, refiere que el poder, aunque también es la molesta represión de la anormalidad, es, sobre todo, la sutil construcción de la normalidad.

Según Foucault (1999), las normas, como funciones cotidianas, supondrían la institucionalización subjetiva de lo que es correcto y de lo que no lo es, y de esta forma lo correcto sería lo acorde con las normas y lo incorrecto serían las conductas transgresoras – discordantes con las normas-, y por ello perseguidas.

Y en este mismo sentido, Braunstein (2013), quien ha planteado la dicotomía normalidad-enfermedad, desde un análisis crítico de la ciencia, considera que sólo mediante

la referencia al entorno o a las condiciones de existencia en las que se dan la buena salud y la enfermedad puede sostenerse la diferenciación entre ambas.

Desde esta perspectiva, el individuo, en la medida que más se aleja del sistema normalizador, más cuestiona la propia existencia del sistema; por tanto, en palabras de Weber:

...se vuelve indispensable para el proceso normalizador buscar las vías necesarias para insertar al individuo dentro de los límites de normalización social establecidos de antemano por la ordenación de los agentes del Estado (Weber, 2012, pág. 14).

Para lograrlo, el Estado y el mercado deberán encontrar estrategias y técnicas que, por un lado, supriman la anormalidad y, por otro, prometan curas a la misma, puesto que cualquier individuo, fuera de los parámetros de la normalización, debe aparecer, ante el otro, pero sobre todo ante sí mismo, ya no como individuo disidente, trasgresor o (¡dios no lo quiera!) revolucionario, sino como elemento aislado, enfermo, patológico o mentalmente trastornado.

La normalidad debe ser presentada como un estándar de realización individual que fomenta el sentido de permanencia y felicidad del colectivo social a la cual pertenece y en donde cada individuo debe responder a sus requerimientos para sentirse pleno, satisfecho, sano.

La idea de la actividad sin trabas, del hacer ininterrumpido, de la basta insaciabilidad, de la libertad como efervescencia se nutre del concepto burgués de la naturaleza que desde su origen sólo ha servido para proclamar la violencia social como algo inmodificable, como un eterno estado de salud (Adorno T. , 2006, pág. 79).

Sin embargo, esa anormalidad recaerá en la propia individualidad y no en el colectivo social. Es entonces que el modelo médico de enfermedad (la enfermedad es orgánica, individual y curable) ofrece una estrategia y una técnica (y un paradigma) que, al tiempo que permite señalar a individuos, con base en su conducta anormal como enfermos, promete cumplir la promesa de felicidad y sanidad que ofrece el mercado. La ciencia

médica declara: Si estás sano, eres normal. La cultura declara: Sólo si estás mentalmente sano, serás feliz.

Siendo así que una nueva forma de discriminación asoma en el horizonte de eventos, a la vez que, disfrazada de ciencia, a esa discriminación se le proclama como diagnóstico médico.

El constructo social que determina a la enfermedad ha sido secuestrado por un modelo médico que se pretende – y se presume – como ciencia pura, surgido de las ciencias biológicas, eliminando así la relación entre el sujeto y su realidad social, así como el tamiz de la construcción histórica del mismo modelo teórico que pretende, a su vez, determinar. Sólo de este modo se comprende la relevancia del marco que definirá lo entendido como normal, y lo anormal como aquello que queda excluido de aquel.

Así, lo enfermo aparece como lo otro diferente de lo normal, aquello que no puede ser interpretado como tal. Esta distinción está expresada con claridad en las siguientes palabras de Canguilhem:

...no podemos decir que el concepto “patológico” sea el contrario lógico del concepto de “normal”, porque la vida en el estado patológico no es la ausencia de normas sino la presencia de otras normas. Con el máximo rigor, “patológico” es lo contrario vital de sano y no lo contradictorio lógico de “normal” (Canguilhem, 1976, pág. 16).

En otras palabras, si la norma es entendida como la forma que se tiene en cuenta al actuar y si es la regla la que regula la conducta social ¿Qué forma de conducta representa la ciencia de la salud mental para determinar qué es lo que queda fuera de lo considerado normal?

Y preguntarnos también cuáles son esas otras normas que entran bajo la categorización de enfermedad mental que hacen del individuo enfermo un sujeto excluido de los roles sociales “normales” y, en consecuencia, despojado e inhabilitado de ejercer la totalidad de los derechos que a él le conciernen como ser humano y ciudadano (Szasz, 1997, pág. 28).

La normativización de conductas, sentimientos y pensamientos hace que se califique como problemático lo diferente, y prohibido lo que no es verdadero, ni legítimo ni válido (Foucault M. , 1999). Y el hecho de que existan normas, implica que éstas se puedan romper: es lo que comúnmente se denomina transgresión, disidencia o crimen.

Este “saltarse” las normas, supone que el sujeto no ha podido adaptarse a la ley construida en sociedad, y también supone la necesidad de que los poderes establecidos se ocupen de ello, y realicen acciones correctoras para “enderezar” esas desviaciones, e incluso las penalicen y castiguen (Foucault M. , 2014, pág. 183).

En este sentido, el modelo médico de atención a la salud mental ha jugado un rol fundamental para controlar estas transgresiones, porque desde todas sus ramas, y unida al pensamiento moderno occidental, capitalista y positivista, ha contribuido a la normalización, indicando lo que es deseable y bueno, al señalar los valores, creencias y tradiciones correctos para el sistema social (Ibáñez, 2001), y donde lo natural es lo presentado como bueno.

De este modo, se va conformando la realidad de acuerdo con dicotomías, con polaridades y diferencias que aceptan, prescriben o rechazan algunos comportamientos que dependen del contexto social en el que se originan.

Sin embargo, los hechos no son normativos u objetivables sin un punto de referencia sociohistórico.

Al mismo tiempo que se legaliza el ejercicio de poder, mediante la asignación de saberes o dominios que corresponden a una clase dominante, se construye una ciencia que sanciona a quien transgrede la norma – a quien osa saltarse, criticar o simplemente menospreciar los argumentos que constituyen los objetos de dicha ciencia – y que, mientras esta se enmarca en el supuesto normal/no-normal, no es otra cosa que teoría tradicional.

En este sentido, resulta muy importante para las clases dominantes de una sociedad tener bien delimitado, de acuerdo a sus intereses, qué es lo deseable y qué lo indeseable, para así preservar su poder y mantener la dominación. Y en esto último, el modelo médico

de salud mental ha sido un gran aliado de los grupos dominantes dentro de la sociedad, generando una diferencia favorable al dominio.

Es así como, con la determinación de estándares de conducta normales, surgió el modelo médico de salud mental (y con este modelo, dos nuevas ciencias: la psicología y la psiquiatría) que, a su vez, proyecta al enfermo mental como objeto. Siendo que el modelo crea a este último para justificar su propia existencia.

El modelo y sus ciencias han germinado como una nueva categoría social destinada al tratamiento de la enfermedad psicológica (de la orgánica ya se encargan los médicos tradicionales), como una instancia más en el control y dominio de la sociedad.

La importancia del modelo médico de atención al enfermo mental residirá en su funcionamiento como una forma de higiene pública que se ocupará de aquellos individuos peligrosos que amenazan el orden de las nacientes sociedades de tipo industrial. En palabras de Foucault: “La psiquiatría del siglo XIX, por lo menos tanto como una medicina del alma individual, fue una medicina del cuerpo colectivo” (Foucault M. , 1999, pág. 44).

Es así como la definición misma del alienado se piensa a partir de un concepto de enfermedad mental que le impide ocupar un lugar funcional en el medio social. Según Ibañez:

...el proyecto de una nación moderna constituye la normalidad del sistema, amenazada por la patología de la marginalidad: delito es locura (Ibañez, 2001, pág. 55).

Se entiende que la salud implica un poder normativo que instala un determinado orden en el que está contemplado lo patológico (Illich I. , 1987).

Entonces, la conducta anormal como una enfermedad, implica pensar en la posibilidad de normalizarla, luego de clasificarla y ubicarla en el lugar que le corresponde dentro del cuerpo disciplinar del modelo médico de salud mental.

A partir de ello, puede desprenderse que, si la salud mental implica unas normas, esto supone que la enfermedad mental es el ámbito de otras normas, ajenas a las establecidas. En consecuencia, sabemos que esas “otras” normas son ajenas a un

ordenamiento social que se construye a partir de la lógica de la producción capitalista, y, por extensión, a los otros tres sistemas de exclusión señalados por Foucault (2014): el discurso, la familia y la actividad lúdica.

Es decir, tanto el concepto de salud mental ha cambiado marcadamente a través de la historia, como el mismo modelo de atención utilizado para ello fue evolucionando con la sociedad. Lo que no ha cambiado, es la otredad<sup>82</sup>, aquello que nos es repulsivo por ser diferente.

### 3.2. Identidad o la Sistemática producción de individualidades

El psicologismo en cualquiera de las formas, enfocar sin más especificaciones al individuo, es ideología. El psicologismo convierte mágicamente la forma individualista de la socialización en una definición extrasocial, natural, del individuo (Adorno, 2004).

Para comprender el surgimiento del concepto individuo, en cómo éste ha ido internalizando las normas sociales y cómo se inserta en la ética capitalista, para después (o al mismo tiempo y por ello) enfermar individualmente, debemos entender el contexto de la forma de vida que impone el mundo al individuo.

Antes del arrastre de la forma de vida capitalista, con la llegada de la revolución industrial y la llamada modernidad, la vida cotidiana de la mayoría de los individuos seguía su curso en el marco de dos antiguas estructuras: la familia y la comunidad local.

La familia y la comunidad eran para las personas el sistema de bienestar, el sistema de salud, el sistema educativo, la industria de la construcción, el gremio comercial, el fondo de pensiones, la compañía de seguros, el sistema de entretenimiento, la red social, el banco, e incluso la policía.

Cuando una persona enfermaba, la familia cuidaba de ella. Cuando una persona envejecía, la familia la asistía, y sus hijos eran su fondo de pensiones.

---

<sup>82</sup> Que no individuo, pues este nace con la Ilustración; y que no objeto de estudio, pues éste nace con la ciencia.



Cuando una persona moría, la familia se hacía cargo de los huérfanos. Si una persona quería construir una cabaña, la familia echaba una mano. Si una persona quería abrir un negocio, la familia reunía el dinero necesario. Si una persona quería casarse, la familia elegía al cónyuge en potencia. Si surgía un conflicto con un vecino, la familia participaba en él. Pero si la enfermedad de una persona era demasiado grave para que la familia la gestionara, o un nuevo negocio implicaba una inversión demasiado grande, o la pelea con el vecino llegaba hasta la violencia, intervenía la comunidad local. La comunidad ofrecía ayuda sobre la base de tradiciones locales y una economía de favores, que a menudo difería mucho de las leyes de la oferta y la demanda del libre mercado (Harari, Homo Deus, 2016, pág. 69).

Todo esto cambió de manera exponencial por la forma de vida capitalista. El capitalismo confirió al mercado poderes colosales, proporcionó al dueño del capital nuevos medios de comunicación y transporte, y puso a disposición del gobierno un ejército de burócratas, maestros, policías, obreros y trabajadores sociales.

Sólo fue cuestión de tiempo para que los Estados y los mercados emplearan su creciente poder para debilitar los lazos tradicionales de la familia y la comunidad con el fin de quebrar realmente su poder sobre los sujetos. El Estado y el mercado se aproximaron a la gente con una oferta que no podía rechazar.

Convertíos en individuos —decían—. Casaos con quien deseéis, sin pedirles permiso a vuestros padres. Adoptad cualquier trabajo que os plazca, incluso si los ancianos de la comunidad fruncen el entrecejo. Vivid donde queráis, aunque no podáis asistir cada semana a la cena familiar. Ya no dependéis de vuestra familia o vuestra comunidad. Nosotros, el Estado y el mercado, cuidaremos de vosotros en su lugar. Os proporcionaremos sustento, refugio, educación, salud, bienestar y empleo. Os proporcionaremos pensiones, seguros y protección (Harari, 2016, págs. 72-73).

Son varios los autores que han descrito y profundizado sobre “este pacto” (Rousseau, Marx, Freud, Adorno, Foucault, etc.), por lo que no nos detendremos en su análisis, pero todos llegan a la misma conclusión: El Estado y el mercado son los padres del individuo, y el

individuo es creado a su imagen y semejanza: únicamente puede sobrevivir gracias a ellos y a la identidad que le otorguen.

¿Pero qué es la identidad y por qué es importante analizarla?

El problema del individuo es siempre un problema del yo. Y, en su cara más visible, es un asunto de identidad. Pero la identidad es tan frágil como el relato que se haga de ella en cualquier momento de su historia. Más que un relato coherente y ordenado, la identidad del individuo es una multiplicidad de facetas y máscaras que se pegan y despegan de la piel tanto como del espejo.

Sin embargo, más allá de vivir en el culmen del individualismo, también es importante señalar que la mayoría de las personas en occidente conviven en y con el mundo virtual de internet, un fenómeno que no podemos soslayar, donde cada uno siempre es el protagonista, y cada perfil en redes sociales – que no es otra cosa que el simulacro de la identidad – es la mercancía con la que se paga a gigantescas multinacionales que lanzan todo lo que saben sobre el individuo a su mercado de anuncios<sup>83</sup>. En última instancia, un individuo es sólo un receptáculo de sus anuncios.

Actualmente, cada individuo conecta su cerebro a la gran red de internet, elevando el ser más allá del conocimiento común, de su propio cuerpo, para revelarle como lo que realmente es, una simulación, un ser de hiperrealidad en una red de pornografía, memes y selfies. (Quetzal, 2018)

Para Freud, el Yo era el resultado de la batalla de los impulsos primarios contra las reglas sociales y convenciones que reprimen tales realidades: Ello contra el Superego. La conciencia humana, la que hace al individuo, para Freud, es apenas la punta del iceberg bajo el cual se concentra el caos del subconsciente manifestado en los sueños. Pero el individuo sólo puede desarrollarse en una sociedad, y a tal acto de desarrollo social, Freud le llamó civilizatorio: toda civilización busca establecer un orden social de modales y costumbres (Freud, 2017).

---

<sup>83</sup> Cada cierto tiempo, al abrir Facebook, aparecen tus fotos más votadas y tus seguidores más habituales (a los que la aplicación llama, cómo no, amigos). Una exposición de música alegre y estética corporativa con un perfil optimista del tú y tus relaciones. Un estado de Facebook que es mentira, porque todo lo que ves es, en el mejor de los casos, un simulacro del pasado, en el peor, una mala mentira.

Sin embargo, no es Sigmund Freud el que inaugura la identidad mercantil que tenemos por individuo moderno; es su sobrino Edward Bernays, el que encontró en las teorías de su tío una manera de capitalizar al inconsciente (Kvale, 1992). El joven psicólogo trabajó en departamentos de marketing de muchas empresas (incluso, de dos candidatos presidenciales en Estados Unidos), creando una teoría que ha sedimentado, no sólo la forma de hacer publicidad hasta nuestros días, sino la forma de hacer al individuo<sup>84</sup>: Bernays sabía que para vender productos debía apelar al subconsciente, al deseo.

Y es que el giro de la publicidad al modelo de Bernays apela antes al subconsciente que a la razón. Entre otras cosas, es el creador de esta idea: Un automóvil no lo necesitas, pero te hará más feliz. Logró que las mujeres fumaran (pagando a actrices de Hollywood para que fumaran en pantalla). Promovió que el hombre llevara el reloj en la muñeca, y un larguísimo etcétera. Por ejemplo: mientras la razón nos dice que los cigarrillos Marlboro son venenosos, la imagen nos lleva a un mundo de vaqueros y nos remite a una masculinidad etérea... y funciona, es la marca de veneno preferida en el mundo. Ese es el modelo Bernays.

Pero no hay que olvidar que el deseo es, o debe parecer, una fuerza que surge del interior del sujeto. Y, sin embargo, la publicidad bien sabe cómo crear ese deseo, desde la exterioridad, desde un algoritmo y una estrategia de marketing. Y el primer objetivo fue, y aún es, hacerle creer al sujeto su individuada-especialidad: su mayor logro, es la creación de seres únicos, irrepetibles y excepcionales que se perciben a sí mismos y a sus propios deseos, como naturales, irreductibles e independientes.

Así, se aprovecha y se alienta el hecho de que las generaciones venidas de la posguerra se opongan a las meta-narrativas (que son entendidos como cuentos sobre rebaños de ovejas). Intentando expresar su propia rebelión a través de la individualidad, el mercado consigue convertir esa fuerza cultural en un bien de consumo. Se trata de vender rebeldía y esperanza. Y rebeldía y esperanza se venden con coca colas.<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup> Bernays es un personaje tristemente célebre en los círculos de la publicidad y la comunicación, sin embargo, extrañamente olvidado en el resto de las academias de las ciencias sociales. Tal vez porque la exclusión era mutua. A Bernays nunca le interesó la teoría, él se encargó de llevarla a la práctica.

<sup>85</sup> En los setenta, un grupo multiétnico canta en un monte verde una hermosa canción de esperanza, paz y armonía y todos sostienen una Coca Cola.

El mercado se apropia de la contracultura para volverla un objeto de consumo, así es como funciona el sistema capitalista, su mayor fuerza es su capacidad de asimilar y vaciar de sentido cualquier reivindicación social, una simulación cínica de las expectativas morales de una época.

Las investigaciones de marketing de las empresas descubrieron que, al final, todo podía ser reducido a una cuestión individual. Las generaciones de las postguerras habían sentido la necesidad de sentirse y definirse especiales, y el mercado respondía aumentando la variedad de productos para poder así venderlos como señaladores de identidad.

Así empezaron las ediciones limitadas y la publicidad de prestigio y así es como la generación de la posguerra se alejó de la utopía de una individualidad auténtica y escogió la individualidad manufacturada, como bien lo supo ver Adorno (2005), definiéndose a sí mismos a partir de lo que compraban.

Toda revolución termina así en una playera con el estampado del Che Guevara, toda rebelión comienza con unos tenis de marca y todo desacuerdo se muestra en pantalones de mezclilla desgarrados. Mientras tanto, todo el desencanto se perfora en forma de grillete en las orejas y todas las decepciones se exponen en cortes de pelo punk, ya ni siquiera la injusticia social deja de vestirse a la moda.

Al mismo tiempo, y por las mismas circunstancias, a finales del siglo pasado se populariza una psicología centrada en el individuo, en ser uno mismo. En su versión más radical, su objetivo es la producción en masa de individualidades. La idea fundamental es que, para crear una sociedad justa, el cambio debe ocurrir dentro del ser humano –de cada ser humano– y la revolución debe ser puramente individual.

Se trata de la búsqueda de la virtud y la pureza a través de una psicología que hace de la propia individualidad una utopía socialista.

Para ello, se piensa que, si suficientes personas llegan a ser “ellas mismas”, sin restricciones, se podrán expandir hasta que el cambio social, que tanto ansían, llegase por sí solo sin lucha ni revolución.

Se trata también y al mismo tiempo de la búsqueda de la virtud y la pureza a través de una psicología que hace de la teoría económica neoliberal una utopía individual que se derramará sobre el resto.

En cualquier caso, el concepto filosófico de la sociedad como un colectivo de individuos se quedó arraigado a partir de entonces en la cultura.

Para Bernays (1975), mantener los deseos e impulsos del alma humana bajo la novedad del mercado, era la mejor manera de mantener a la población pusilánime. El consumismo estaba dándoles la ilusión del control mientras una elite seguía mandando<sup>86</sup>. De cualquier modo, la gente no estaba a cargo, sus deseos lo estaban. Y los deseos eran constantemente creados por el mercado. Así es como la vida social de los sujetos convierte al sujeto político en el consumidor pasivo al que se le satisface con nuevos gadgets y accesorios. Bienvenido al mundo del individuo.

Mientras que para el sujeto político el motor fundamental de historia es la lucha conjunta y el reconocimiento de que los problemas se deben a condiciones materiales y estructurales, el discurso individualista culpa a la persona de todos los males (incluso los sociales) en función de sus decisiones, su genética o su neuroquímica, es decir, su intrínseca individualidad, ignorando el contexto social.

Es así como el individualismo, puro y acrítico, no reconoce los problemas sistémicos, apenas reconoce lo colectivo y ha diseñado todo un modelo discursivo (con deslices como la psicología positiva o la ley de la atracción) para convencernos de que toda injusticia es nuestra responsabilidad, toda dolencia es nuestra culpa y todo infortunio nuestra depresión. Al final nos convence de que unas recetas de autoayuda y unos antidepresivos nos sacarán del agujero.

El movimiento de “pensamiento positivo”, con su enfoque en la mejora de uno mismo, pone todas las culpas en la incapacidad individual de vivir el momento, y no en las desventajas sociales: “El problema no es tu altísima renta o tu diminuto cheque, la enfermedad que te aqueja o tu injusto jefe, o la enorme pila de platos sucios. El problema

---

<sup>86</sup> Él hablaba de un «gobierno invisible» que todo lo podía: «Nuestras mentes son moldeadas, nuestros gustos son formados, nuestras ideas son sugeridas, mayormente por hombres de los que nunca hemos oído hablar...». (Bernays, 1975).

eres tú” (Ehrenreich, 2018). En la práctica, nos enseña que lo único que hay que hacer es reafirmarse, diariamente frente al espejo, hasta que la psique se blinde contra cualquier injusticia y el monólogo de inseguridades sea silenciado.

Ese es el triunfo del individualismo capitalista: todo lo malo, lo doloroso, lo insufrible, le pertenece al individuo; mientras que todo lo bueno, lo sanador y lo agradable, es un regalo del sistema (en cómodas mensualidades, se entiende).

Esta forma de relación, entre Estado, mercado e individuo, ha marcado la argumentación de la propia lógica del individuo. Pues, al tiempo que es creado, la misma relación le constriñe a ser, casi en exclusiva, objeto de mercado y depositario de todas las contradicciones de éste.

Porque, al fin y al cabo, si el individuo es creado, si la identidad es sólo un producto del mercado, si el desarraigo del cuerpo es la norma, entonces, sólo queda la simulación.

### 3.3. La apariencia y la simulación o El medio es el mensaje

¿Qué ocurre si, un día, todos descubrimos que somos una mentira? Todos lo somos y, sin embargo, aquí estamos como marionetas en el teatro de la vida sin darnos cuenta de que, debajo de la piel, yace la herida que realmente nos hace humanos (Woolf, 1986).

Vivimos en un mundo de simulaciones. La forma de nuestras identidades poco tiene que ver con todos los antecedentes descritos por Foucault, Marx o el mismo Freud, pero sirven para explicar cómo hemos llegado hasta aquí, a este estrepito de redes sociales donde la definición freudiana del ego se ha fragmentado en identidades fractales.

Casi sin darnos cuenta en el siglo XXI nos hemos instalado gradualmente en una distopía ciberpunk del individualismo absoluto, un mundo de estímulos y pantallas conectadas que nos han separado de la raíz de cualquier verdad primigenia (Hari, 2018, pág. 11).

Nuestras mentes en nada se parecen a las de los pacientes que tuvo Freud en su consultorio y que son la base de toda la escuela psicoanalítica. Nuestras identidades son imprecisas, aceleradas, accidentales, temporales, confusas, volátiles. Probablemente porque el gran error de Freud fue colocar al inconsciente (y por tanto al deseo) dentro de la mente humana<sup>87</sup> y no dentro de la identidad cultural que permea el comportamiento de cada sujeto social.

Nuestra identidad, más que nunca, está desarraigada del cuerpo. Subiremos nuestros selfies, nos quejaremos del calor o del gobierno en Twitter; daremos nuestras fuertes opiniones sobre trending-topics del momento. Pero no somos esto (Quetzal, 2018).

Yo no soy mi perfil de Facebook ni mis opiniones en Twitter. Tampoco soy un terapeuta inconsciente y, aunque alimento al personaje, en nada me parezco. Todo lo que puedo presentar son simulaciones “porque la herida es una verdad que sólo el arte puede buscar o expresar” (Woolf, 1976).

Vivimos en un mundo de simulaciones. La forma de nuestros egos tiene ahora forma de perfil en Facebook. El simulacro y la simulación se vuelven obligatorios, no sólo para sostenerse a uno mismo en el mercado como cosa de consumo, sino para proyectarse como ser existente en el mundo de la realidad virtual. Incluso, “a la gente joven se le enseña que debe compartirlo todo en sus redes sociales. Y ahí, la imagen y la apariencia lo son todo, y el fracaso no es una opción” (Lobo & De la Mata, 2004). Se vive en una cultura que insiste en ser felizmente virtual, pero que dificulta cada vez más la búsqueda de la experiencia colectiva.

A la red-social-virtual poco le importa mi presencia en el mundo como sujeto autónomo, lo que quiere es mi perfil, una copia de-mi-copia de mí mismo: sólo una foto, una imagen y una frase de menos de 240 caracteres para ponerme a la venta. Vivimos en un mundo donde no sólo se permite la simulación, sino que se fuerza, se impone, se obliga.

---

<sup>87</sup> La conciencia humana para Sigmund Freud es apenas la punta del iceberg bajo el cual se concentra el caos del inconsciente manifestado en sueños, movido por el ello y el yo.

No puedo ser un individuo – es decir, un sujeto de mercado – si no estoy a la venta, y, si no puedo ser comprado, entonces: no soy en absoluto.

Aunque el acoso y la presión de proyectar una imagen perfecta en las redes sociales no son planteamientos exclusivos de nuestra época, puesto que cada ideología y cada cultura ha empoderado alguna imagen a seguir para cubrir la agenda de dominio que representa, sin embargo, hoy, como nunca antes, la fragmentación de las estructuras comunales que solían proveer apoyo y experiencia, sumado a la presencia virtual 24/7 de las fuerzas del mercado implicadas en tener una pantalla celular en la mano, han supuesto una presión absurda sobre el sujeto: ya no tiene espacio para esconderse, ya no puede desconectarse; corre el riesgo de desaparecer.

El celular de cualquier persona, tomada al azar en cualquier ciudad de occidente sólo sería una muestra representativa. En Instagram, un diluvio de memes “inspiracionales” lucha por el espacio con imágenes de “influencers” delgados, bellos y con rostros brillantes. Hashtags como #sentirmebendecido o #pensarpositivo ofrecen respuestas trilladas mientras miran al horizonte cruzados de piernas y con atardeceres de fondo a los que colocan filtros hasta llegar a la perfección de un libro ilustrado para niños.

En Facebook, los logros se acomodan en paquetes de grandes éxitos para reafirmar que la felicidad viene en pilares clave: encontrar pareja, tener bebés, elevarse en la cuesta profesional y poseer cada vez más cosas. Los errores y las decepciones de la vida se borran con un click de la pantalla: CTRL+ALT+SUPR.

Con frecuencia, esto envía el mensaje de que debemos sentirnos cada vez mejor. Que estamos solos y que fallamos en un mundo de estándares imposibles. Nunca es suficiente. La única opción que queda, para evitar la vergüenza, es el simulacro y apostar por la apariencia.

Es fácil creer que tener una pareja perfecta, la ropa perfecta, la ropa correcta, el cabello más suave o la pieza de arte más interesante proyectará una imagen que nos hará pertenecer al mundo o, al menos, a la tribu a la que aspiramos. Y eso es exactamente lo que hace la publicidad. No importa si se trata de L’Oreal vendiendo productos para el cabello “Porque tú lo vales”; o Ford, con su “La belleza donde debe estar”, el objetivo es posicionar la idea de que esas compras llenarán un vacío de felicidad.



Desde hace muchos años, todo el modelo de negocios de la industria de la publicidad está basado en esta sola premisa: No eres suficiente. Pero si compras el producto, tal vez lo seas.

Y en internet, en las redes sociales, el individuo es, además, el producto<sup>88</sup>. Por lo que tiene ahora que venderse a sí mismo para evitar ser irrelevante. Eso es exactamente lo que hace la publicidad. Simulacro y apariencias.

Por eso es importante prestar atención a los medios de comunicación y sus aspectos propagandísticos, y desarrollar la tesis de que nuestra visión de la realidad esta enteramente mediatizada por el espectáculo y las redes sociales. Es la sociedad del espectáculo de la que hablaron premonitoriamente Adorno y Horkheimer sin apenas vislumbrar sus alcances. A todo este show de luces y colores, Adorno (2004) lo llamó Industria Cultural; Baudillard (1978) lo llamó Cultura del Simulacro; y Debord (1995) lo llamó Sociedad del Espectáculo. Yo lo llamo un lunes por la tarde; y sostengo la tesis de que vivimos en un mundo irreal, donde todo está mediatizado por la representación, el pantallazo y los emoticones.

¿Cómo llegamos a esta narrativa de simulaciones?

Las mismas teorías que habían servido en la sociedad de consumo para vender cigarrillos y coches, ahora, en la sociedad del rendimiento, son aplicadas sobre la estructura psíquica del individuo. Aunque, al principio se trataba de llevar a sus últimas consecuencias la visión foucaultiana de hacer de la biopolítica la norma, sus alcances llegaron donde nunca antes había llegado nadie: a la psicopolítica descrita por Chul Han; y, con ello, al deseo de la propia mente creada. Y de nuevo, todo gira alrededor del individuo.

Y es que, el fin de las grandes meta-narrativas definió (y aún define) lo que se ha llamado posmodernidad, poscapitalismo o posestructuralismo, definiciones todas debatibles, pero que describen no más que la pérdida de la fe en las grandes historias de emancipación política y utopías finales (como se había perdido antes en la religión), dejando a la sociedad desarraigada, expulsada del gran destino ideológico: “Condenados al ayuno en el desierto, los individuos no tuvieron más opción que hacer de su individualidad una política” (Baudillard, Vicens, & Rovira, 1978).

---

<sup>88</sup> En internet, nada es gratis. Lo que ocurre es que tú no eres el cliente, tú eres el producto que se vende. Si no estás pagando por el producto, el producto eres tú. (ECHEVARRÍA, G. *Marketing en internet*. 2008)

Pero, así como la ilustración no eliminó el mito, la desaparición de las narrativas sociales y colectivas no dieron espacio a lo real, sino a las simulaciones. Personajes que parecen diseñados por comité llegaron a presidentes de sus respectivos países por campañas diseñadas desde el marketing más cínico. Lo suyo nunca fue la revolución prometida en campaña ni la reforma esperada, sino un simulacro de un cambio real<sup>89</sup>.

Lo que mucha gente ahora identifica con la izquierda, solo son en realidad poco más que los voceros de un capitalismo inclusivo en el que, con suerte, la persona que te explota y se beneficia de ti será una mujer indígena, lesbiana, con ropa artesanal, que apoya a la comunidad LGBT. (Quetzal, 2018)

Cambio estructural, no. Simulacro y simulación. Ahora mismo el presidente del país más capitalista del mundo es un presentador de tele realidad basura y es el máximo exponente del fracaso de una cultura incapaz de asomarse, ya no sólo al interior de sí misma, sino a la superficie de su propia paradoja. Es a lo que Baudillard (1978) llamó desierto de lo real.

Hoy en día, la abstracción ya no es el mapa, la del doble, la del espejo o la del concepto. La simulación no corresponde a un territorio, a una referencia, a una sustancia, sino que es la generación por los modelos de algo real sin origen ni realidad: lo hiperreal. El territorio ya no precede al mapa ni le sobrevive. En adelante será el mapa el que preceda al territorio, y el que lo engendre, y si fuera preciso retomar la fábula, hoy serían los girones del territorio los que se pudrirían lentamente sobre la superficie del mapa. Son los vestigios de lo real, no los del mapa, los que todavía subsisten esparcidos por unos desiertos que ya no son los del Imperio, sino nuestro desierto. El propio desierto de lo real (Baudillard, Vicens, & Rovira, 1978, pág. 72).

---

<sup>89</sup> Lopez Obrador en México, Trump en Estados Unidos y Johnson en Inglaterra son sólo ejemplos maniqueos.

Y como ya se expuso en el capítulo dos, la narrativa ficcional es la base de cualquier cultura humana. Sin embargo, cuando esa ficción se sostiene en la necesidad de ser un objeto de venta, el sujeto queda borrado. El individuo aparece en todo su vacío como producto etiquetado para su venta. No queda más que aparentar.

Un juego de apariencias, de imágenes y guiños que niegan al sujeto real, al sujeto entero, al sujeto mismo. Puesto que lo precarizan y lo convierten sólo en aquello que el Otro pueda querer comprar. Es, por eso, que en la sociedad actual, uno tiene que aparentar felicidad y éxito, para ofertarse dentro del ideal social.

Si no puede ser feliz, tendrá que simularlo y postearlo en todas sus redes sociales. Si no puede alcanzar el éxito social que impone el sistema capital – es decir, la consecución y demostración de excedentes de dinero – entonces tendrá que aparentar que sí lo tiene o que sí lo quiere para seguir siendo aceptado, para evitar el rechazo. Si no lo hiciere, corre el riesgo de ser tachado de fracasado, mediocre y, en última instancia, de deprimido.

Sin embargo, mi verdadera identidad, incluso aunque conozca mi cara y mi nombre, siempre será una confusión para el Otro y para mí. La persona que escribe estas palabras con sus dedos humanos en su teclado físico es una parte muy pequeña de Angel y mucho menos importante. Sin embargo, mi yo virtual, mi simulación parece más real que la realidad.

Y entonces la simulación es más real que la propia realidad, porque tiene más peso. Mi pinche churro de personaje también es más verdad en las mentes de mis seguidores (así se les llama en redes sociales) que en mi pequeño y miserable ego.

Y como yo, todos nosotros, poco a poco, nos volvemos partícipes y colaboradores de esta hiper-realidad; en los perfiles de internet, los juegos online, las galerías en Instagram, en doscientos cuarenta caracteres. Siempre proyectando simulaciones propias, actuando a la vez como el cliente y el vendedor.

Cuando todo el mundo se esconde tras un avatar, diferenciar lo real de lo irreal ya no es una tarea filosófica propia de Emmanuel Kant, ya no requiere de las meditaciones cartesianas, es un acto cotidiano que ejercemos a diario cada vez que recibimos una foto o un video o una noticia falsa.

Así es como nuestro ego se deshace y lo único que queda es una simulación presentada a modo de mercancía. Todo está sometido a la ley del valor del simulacro, todo para cotizar en el mercado. Nuestra verdad personal esta sepultada bajo capas de performance y doliente cinismo. El ego ya no es el contrapeso del superego que propuso Freud sino una identidad fractal y confusa, siempre cambiante y virtual.

A estas alturas la identidad ya no está bajo ataque, es que se ha perdido, sustituido por proyecciones virtuales. Yo no soy terapeuta, ni soy inconsciente, yo no soy Angel ni maestro ni padre ni alumno de nadie, ni un hombre blanco ni hetero.

Todos somos simulaciones, máscaras de cuerpo entero que cubren sus heridas, disfraces sofisticados, sociedad del espectáculo. Pero estamos todos tan perdidos como tú y participamos de la misma mentira, somos la hiper realidad que ha superado a la verdad, y la historia nos recordara por nuestros memes (Quetzal, 2018).

Hoy en día, solo nos hace falta un clic para difuminar nuestro yo con una simulación envolvente. No sé si queda cada vez menos de nosotros o acaso el camino pasa por aceptar la simulación hasta encontrar en ella una verdad.

Mientras tanto, la historia, las grandes narrativas, la cultura, e incluso nuestro propio modo de existir, se ha seguido virtualizando. Jugamos al simulacro de la red y ésta, finalmente, nos rodea y volvemos a la platónica caverna donde todos los Otros son sólo sombras y nosotros tampoco sabemos quiénes somos.

Preparados para el mejor de los espectáculos, Adorno y Horkheimer teorizaron sobre este momento, en que la industria cultural acabaría finalmente por sustituir lo real (tal vez no imaginaron que sería virtual, pero nadie lo imaginó). A mí me fascina y me asusta a partes iguales. Cada tarde, en mi celular se abre una pequeña ventana a esta alter-hiper-realidad en que mi identidad pasa del pacheco de mierda al galán psicodinámico.

Pero ¿lo podremos evitar? Porque ya somos parte de la simulación y no podemos, ni queremos, vivir desconectados.

### 3.4. Felicidad como paradigma. El individuo es feliz o no es nada en absoluto

Un método catártico cuya norma no fuese la perfecta adaptación y el éxito económico tendría que ir encaminado a despertar en los hombres la conciencia de la infelicidad, de la general y de la propia e irremediable, derivada de la primera, y a quitarles las falsas satisfacciones, en virtud de las cuales se mantiene en ellos con vida el orden aborrecible que externamente da la apariencia de no tenerlos en su poder (Adorno T. , 2006).

El concepto de felicidad transita a través de la historia como un fenómeno vago que ha ido evolucionando para adaptarse a las necesidades de la cultura: de ser una posibilidad (como un regalo de los dioses), a ser una aspiración (celestial, después de la vida), a ser un derecho (fruto de la Ilustración), hasta nuestros días, que se ha convertido en una obligación (resultado del credo capitalista como producto de compraventa).

Hoy en día, el individuo, al ser creado por el Mercado y el Estado, no puede deslindarse de sus paradigmas, o deja de ser individuo. Un individuo tiene que ser feliz o no está siendo individuo. Debe buscar su felicidad en la tierra, como bien supremo, y solo con aquello que le brinda la existencia. Es en este sentido que ser feliz es lo normal (o debería serlo) y, por tanto, ser infeliz es anormal y, como ya vimos aquí, cualquier anormalidad es susceptible de ser clasificada como enfermedad.

La interpretación normativa (o esencialista) de la felicidad, que en su forma «directa» muy pocos (incluso quienes la ven como excesiva) considerarán «dura» o «cruel», aunque la consideren gratuita, se hace «dura» y «cruel» cuando adopta la forma contrarrecíproca (a pesar de que esta forma es lógicamente equivalente a la directa) manteniendo su interpretación esencial: «Luego todos aquellos que no son felices no son hombres» ¿Qué serán entonces? Degenerados, enfermos..., acaso, habitantes del tercer mundo. (Bueno, 2005, págs. 23-24)

Pero, entonces ¿Qué es la felicidad? ¿Es un concepto unificado y universal que se siente o al que debemos aspirar? ¿Y qué es la felicidad en nuestros días?<sup>90</sup>

Aun cuando falte definición, la felicidad es el santo grial de nuestra sociedad. Desde la primera vez que oímos un cuento para dormir, el “final feliz” se convierte en meta vital. En el mundo occidental, malnutrido relacional, espiritual y experiencialmente, la felicidad es el culto más poderoso.

Sin embargo, también es cierto que, a lo largo de la historia, a las religiones y las ideologías no les pasó desapercibida la promesa de felicidad. Por eso no sacralizaron la vida, siempre sacralizaron algo situado por encima o más allá de la existencia terrenal, algo que sólo se conseguía con la muerte, ese algo no es otra cosa que La Felicidad.

Las religiones cristianas, hinduistas o islamistas insistían en que el sentido de la existencia en la tierra era el sufrimiento, la frugalidad y el desapego en pos de un destino mayor<sup>91</sup>, llámese paraíso, cielo, budeidad, nirvana; o futuro. Por eso consideraban a la muerte una parte vital y positiva del mundo.

La muerte era una experiencia espiritual sagrada que dotaba de sentido a la vida, porque ofrecía como promesa la verdadera felicidad, que, además, en la mayoría de los casos, sería eterna. Es por eso por lo que sería imposible imaginar la religión en un mundo sin la muerte, que es también un mundo sin su promesa; sin la felicidad ofrendada como compensación a las restricciones y dolores que impone la vida.

En la historia, también se puede encontrar a numerosos pensadores, profetas y filósofos que definieron a la felicidad, más que a la vida, como el bien supremo. En la antigua Grecia, el filósofo Epicuro afirmó que la felicidad es el único propósito en la vida y que su búsqueda era un objetivo personal, que no colectivo (Epicuro, 2013). Por la misma

---

<sup>90</sup> A estas preguntas habría que agregarle dos más, a modo de burla: ¿Con qué se come? ¿Dónde se compra? como una forma de mostrar la relativización adherida al concepto en nuestros días.

<sup>91</sup> Véase por ejemplo La Oración Salve de la religión cristiana: “A ti clamamos los desterrados hijos de Eva; a ti suspiramos, gimiendo y llorando, en este valle de lágrimas” (Oraciones Básicas – Devocionario Católico).

época, en la línea del pensamiento religioso (e incluso, permitiendo argumentarlo filosóficamente) Aristóteles dotó a la felicidad con aura de virtud<sup>92</sup>.

La felicidad es el bien final y el fin de la vida, es bueno tener en cuenta que sólo puede realizarse en un ser completo y perfectamente finito (...) en un tiempo completo y consumado, y por tiempo completo entiendo el que abraza la vida entera del hombre (Aristóteles, 2017).

Aunque eso equivalga a señalar que el hombre solo podría ser feliz una vez que la vida ha llegado a su fin. Entonces, la felicidad será algo propio de los héroes y de los dioses, los bienaventurados, no siendo posible para el humano alcanzar la felicidad salvo por analogía.

Esta idea es retomada por Tomás de Aquino para replicar la necesaria presencia del Dios creador para su logro. El planteamiento se desliza a la relación hombre-dios, en que lo humano es un espejo de lo divino y debe merecer la tierra prometida, el reino de los cielos. Para él, todo hombre, por el hecho de ser cristiano, es feliz.

(...) para la perfecta beatitud se requiere que el entendimiento alcance la misma esencia de la causa primera. De esta suerte logrará la perfección por la unión con Dios, como su objeto, en el cual únicamente está la bienaventuranza del hombre (Aquino, 1959, págs. 3-8).

A la línea de pensamiento aristotélica se adherirían, con sutiles diferencias (con o sin la presencia de un dios) Espinoza, Kant y Schopenhauer, entre otros más. Siendo Kant el que inaugura la felicidad ilustrada, pues contrapone la felicidad aristotélica a la virtud tomista, argumentando que la felicidad es ante todo felicidad subjetiva, placer o goce. La felicidad objetiva de la tradición filosófica pasa a ser así felicidad subjetiva, ahora con el estatuto de una ley universal:

El placer es, por consiguiente, práctico sólo en cuanto la sensación del agrado que el sujeto espera de la realidad del objeto determina la facultad de desear. Ahora bien; la conciencia que tiene un ser racional del agrado de la vida que sin interrupción acompaña toda su existencia, es la *felicidad* y el principio que

---

<sup>92</sup> La felicidad no consiste en conseguir los placeres, por el contrario, se es feliz cuando nuestro comportamiento se opone al placer dedicándose a la acción política y a la contemplación (Aristóteles, 2017).

hace de ésta el supremo fundamento xxxzñ cjlly,clccyfef papateamo o'skytfguyy8ujj (Laia sentada en mis piernas, 2019) de determinación del albedrío, es el principio del amor a sí mismo. Así, pues, todos los principios materiales que ponen el fundamento de determinación del albedrío en el placer o dolor que se ha de sentir por la realidad de algún objeto, son completamente de *una misma clase*, en tanto en cuanto ellos todos pertenecen al principio del amor a sí mismo o de la propia felicidad (Kant, 1995, págs. 38-39).

De hecho, con el surgimiento de la sociedad capitalista y el consumo masivo – y la necesidad de una nueva concepción de felicidad–, no es arriesgado decir que la filosofía kantiana fue llevada a sus límites al sustituir la felicidad eterna, ligada a la virtud – aquella por la que apostaban Aristóteles y Tomás de Aquino – con una felicidad ajena a ella y a la razón. Y así es como se inaugura la conceptualización de la felicidad ilustrada.

En cualquier caso, lo que sí lograron los filósofos y toda la corriente de pensamiento humanista fue arrebatarse, también –junto con la exclusividad del alma–, la promesa de felicidad a los dioses y a las fuerzas sobrenaturales. Y siguiendo esta línea de pensamiento, no tomó mucho tiempo para que la felicidad fuera ligada al goce, al placer y al disfrute efímero y circunstancial.

Aunque en los tiempos antiguos, mucha gente rechazó al goce y al placer como fuentes de felicidad, hoy en día se han convertido en la opción más aceptada. Esto es así porque el escepticismo acerca de la vida después de la muerte y la promesa de felicidad de la forma de vida capitalista –que se oferta, no sólo como la mejor opción para la humanidad, sino como la única posible– ha impulsado a sus individuos a buscar la felicidad terrenal cada día, todos los días, en la vida (que no después) en términos de éxito, logro, satisfacción, plenitud o felicidad.

Así, el derecho a la búsqueda de la felicidad<sup>93</sup>, se ha transformado imperceptiblemente en derecho a la felicidad, y con ello, en obligación a la felicidad, como si el individuo tuviera un derecho natural a ser feliz y cualquier cosa que haga que se sienta

---

<sup>93</sup>Uno de los tres derechos humanos “inalienables”, junto con el derecho a la vida y el derecho a la libertad escritos en la Declaración de Independencia de Estados Unidos firmada en 1776.



insatisfecho fuera una violación a sus derechos humanos básicos, de modo que el Estado, debiera hacer algo al respecto.

*He cometido el peor de los pecados que un hombre puede cometer, no he sido feliz.* dice Borges<sup>94</sup>. Haciendo ver que, en primera instancia, la infelicidad es el nuevo mayor pecado que un hombre (occidental, se entiende) pueda ahora cometer.

Ser feliz, desde y en el pensamiento cultural, ha sido históricamente una cuestión vinculada al problema moral, porque está ligada a las costumbres, al hacer, al vivir con otros. Por eso, el individuo se ha debatido entre una propuesta en la que busca la felicidad en el placer o encuentra la felicidad en el ejercicio de la virtud.

Pero es en la modernidad, con el arrastre impuesto por la forma de vida del capital, que el pensamiento y las acciones individuales inevitablemente se han vinculado a la forma de producción y consumo, Por ello, la felicidad tiene más que ver con el carácter del pacto social que con un problema moral. Lo que hace (o debe hacer) feliz al individuo, tiene más que ver con las leyes, con la defensa de la propiedad privada y con las libertades de consumo.

En una sociedad organizada en torno al concepto de capital, de propiedad, de producción y de consumo, la felicidad debe estar subordinada a estos. Para decirlo en los términos que plantea Marcuse:

[...] La felicidad debe ser subordinada a la disciplina del trabajo como una ocupación de tiempo completo, a la disciplina de la reproducción monogámica, al sistema establecido de la ley y el orden. El metódico sacrificio de la libido es una desviación provocada rígidamente para servir a actividades y expresiones socialmente útiles, es cultura (Marcuse H. , 1983, pág. 14).

El sujeto ya no encuentra redención en los templos y en las iglesias, se redime en los centros comerciales, en el consumo. Dime qué consumes y te diré quién eres. Dime qué puedes comprar y te diré qué grado de felicidad puedes obtener.

---

<sup>94</sup> Inicio del poema El Remordimiento: *He cometido el peor de los pecados que un hombre puede cometer. No he sido feliz. Que los glaciares del olvido me arrastren y me pierdan, despiadados.*

El capitalismo establece así una ética, una ética que considera que el creciente consumo de productos y servicios no sólo es positivo, sino un deber moral. Mientras anima la individualidad, propone que sólo el consumo le hará feliz. Anima a las personas a permitirse placeres, a viciarse e, incluso, a matarse lentamente mediante un consumo excesivo. La frugalidad es una enfermedad que hay que curar. No hay que mirar muy lejos para ver en acción la ética del consumismo, solo hay que leer la etiqueta de cualquier perfume, el eslogan de cualquier marca publicitaria o el panfleto de cualquier restaurant de comida rápida<sup>95</sup>.

Cada compra puede originar un pequeño brote que aparenta ser felicidad, pero la satisfacción es temporal. Y, aun así, la mayoría de las personas sigue creyendo que la felicidad está a una compra más de distancia.

En una cultura aspiracional, donde la compra de bienes materiales se ha convertido en una obsesión, seguir creyendo que lo más grande, lo mejor y lo más caro es lo que nos hace más felices, es lo normal.

Así es cómo, al centrar a la felicidad en el consumo, convirtiéndola en un producto que tenemos al alcance de la mano, termina por hacernos creer que las emociones consideradas como negativas no deben ser toleradas (compramos para evitar esas emociones). Las emociones dolorosas se ven cada vez más como anormales y antinaturales, puesto que nos acostumbra a rehusarnos a aceptar lo que no deseamos.

Es la esencia misma del perro que se persigue la cola. La interminable carrera para apaciguar nuestras preocupaciones. Pensamos que nuestra insatisfacción viene de que no tenemos suficiente, de que no somos suficiente. Y, al mismo tiempo, cuando el camino es un poco más largo, se nos promete que llegar a la meta proporcionará, si no felicidad, por lo menos satisfacción. Pero, como lo descubre rápidamente cualquiera que haya conseguido una meta, la sensación puede incluso llegar a ser terrible.

---

<sup>95</sup> Así, por ejemplo, una de las corporaciones más famosas del mundo, Coca-Cola, ha cooptado la felicidad en una serie de astutos ejercicios de marca, vinculando el consumo del refresco con la plenitud vital. Su campaña "Destapa la felicidad" involucró que la marca regalara latas de refresco en una central de transporte, así como el lanzamiento de un "medidor de felicidad" en 300 pantallas digitales por toda la ciudad, que mostraba los niveles de felicidad de los residentes.

La carrera hacia la depresión es una nota al pie en el mismo guion. La promesa es que la felicidad vendrá cuando alcancemos la meta: el trabajo, el ascenso, el aumento, la palmadita en la espalda de nuestra jefe; la pareja, la boda, el hijo, la casa, etc<sup>96</sup>. Pero, en realidad, solamente estamos en la máquina caminadora, yendo a ningún lado, pero alimentando al sistema.

En tanto teoría sociológica general, poner a las personas por encima de las fuerzas del mercado, parece ser no sólo útil y necesario, sino urgente. Pero cuando a esas mismas personas se les dice, todos los días, en todos lados, en cada interacción y con cada alimento, que la piedra angular de su vida debe ser la felicidad y, que a su vez esta se sostiene en el éxito personal y, de forma rutinaria esa persona se siente triste, aburrida o insatisfecha, entonces ¿qué le queda a la persona? ¿qué opciones reales existen para ella?

Las de siempre, las que ofrece el mercado: se nos venden soluciones rápidas para un cambio de actitud, para dejar el sufrimiento atrás o para el pensamiento positivo. Psicoterapias, remedios milagrosos y antidepresivos en primera fila.

La tensión entre lo que se espera que sintamos y la realidad cotidiana ha llevado a que presenciemos la puesta en escena de una reyerta desesperada de mercaderes ansiosos por llenar los huecos<sup>97</sup>. En los últimos años ha habido una explosión de seminarios, talleres, aplicaciones, sitios web, conferencias, instructores de vida, conferencistas, influencers de redes sociales, (y un largo) etcétera, que posicionan a la felicidad como la base principal de una buena vida. De toda la vida. Libros sobre la mejor manera de lograrla llegan rápidamente a los primeros lugares de las listas de ventas. Locales de meditación y yoga surgen en cada esquina, y una industria floreciente de “bienestar” promete restaurar el balance por medio de limpiezas detox, súper alimentos, comida orgánica y terapias de curación ancestrales.

“Haz lo que te haga feliz” y “Persigue tus sueños” se han convertido en gritos de guerra, tótems sin sentido. Un movimiento que nos deja atrapados en una búsqueda interminable de insatisfacción perpetua. La narrativa es como la del viaje de un héroe

---

<sup>96</sup> No hay que olvidar que los marcadores culturales nos recuerdan repetidamente que el final feliz de cuento de hadas es acabar en pareja.

<sup>97</sup> Ahora la felicidad puede ser tuya gracias a una aplicación de mindfulness pagada a meses sin intereses.

romántico; individuos que, al comprar tal producto, emergen de su batalla sanos y salvos, pero, sobre todo, a prueba de balas.

Porque en una cultura que sólo cuenta un final para todas las historias, el final del-final-feliz, supone también que los problemas serán cortos o, por lo menos, nimios frente al producto o servicio “rescatador” –y comprado en cómodas mensualidades-. Se resolverá bellamente. En cualquier caso, no es más que un camino lineal de la enfermedad a la cura. El hermoso camino de la ascensión al cielo.

No hay espacio para un paso atrás. Sin embargo, dado que la mayoría de las personas se desarrollan “yendo y viniendo” por la vida entre episodios de alegría, euforia, tranquilidad, tristeza, momentos de angustia, periodos de calma relativa, aburrimiento y hasta enojo, es imposible no sentir como si no se estuviera fallando de forma constante.

La vida no es un camino recto hacia un final de cuento de hadas. Es una ruta complicada y sinuosa, en general, no está pavimentada, pululan los topes, la basura que otros antes han dejado y los baches. Acompañados de panoramas extáticos y bellísimos amaneceres. Y un buen número de días grises, mundanos y sin sentido que olvidaremos de forma instantánea (Stark, 2018, pág. 160).

Pero, además, es importante no olvidar que esta felicidad está “anclada en el amor a sí mismo, al culto de la propia imagen, a una sublimación del autoerotismo transformado en moda cultural, a la pose histérica, que anula toda posibilidad de felicidad” (Paris, 2009).

Los individuos valoran su propio sí mismo de acuerdo con su valor de mercado y aprenden lo que son a través de lo que les acontece en la economía capitalista. Su destino, incluso el más triste, no es exterior a ellos, y ellos lo reconocen (Horkheimer & Adorno, 1998, pág. 197).

Así es como se impone un falso espejo en la producción de consumo por el consumo mismo; de una felicidad tan efímera como la que da la compra de un nuevo auto, de una nueva computadora, de una nueva personalidad. Pues ese espejo sólo refleja el valor de las cosas.

Es en este sentido que se puede afirmar, como ya lo hizo Benjamin (1985), que el capitalismo es una religión, pues impone una ética: el consumismo; un ritual: el trabajo productivo; y una promesa: la felicidad en la tierra. Y los dioses de la religión capitalista (el dinero, el éxito y la felicidad eterna) a diferencia de las religiones teístas, no se pueden abolir por el simple hecho de dejar de creer en ellos. Son fetiches que surgen de la propia acción en el interior de la producción de mercancías.

Y es que aquí está la trampa: la mentira –la ilusión, la fantasía– es que la felicidad está en la meta. O en algún lugar, en el que no se está por el momento, pero en el que se estará. La felicidad es la gran promesa (que no se cumple, pero a la que se debe aspirar).

Llegar a una meta supone gratificación, sin embargo, ésta es consecuencia del proceso, no tiene carácter esencial en-sí-misma y, cuando eso no ocurre, puede ser la chispa de una tormenta psicológica que lleva al individuo a la ansiedad o a la angustia: antesala de cualquier depresión (de lo que se ha llamado depresión). Así, la depresión sólo es el resultado de intentar cumplir la promesa del capital: intentar ser feliz.

Quizás el secuestro de la felicidad ha sido sofisticado, y en gran medida efectivo, porque en última instancia, ha sido diseñado para reforzar al mercado, para mantener a los empleados sonriendo y levantar la productividad de las empresas<sup>98</sup>. Sin embargo, el precio ha sido muy alto: toda una generación absorbida por el cuento de hadas de la felicidad absoluta y derrotada por las demandas de la vida moderna.

Porque cuando se cae el escenario montado para el cuento de hadas de la felicidad permanente, no es el sistema el que recoge los bártulos, apaga la luz y cierra la puerta; es el individuo, que, con su propia dignidad en juego, intenta comprender qué ha pasado: por qué todo está en ruinas, por qué no ve la luz y por qué están cerradas todas las puertas. No sólo está abandonado, también está aterrado y alguien le grita desde el coro: Todo es culpa tuya.

Yo sólo quería ser feliz –piensa– y se toma el cuarto antidepresivo del día.

¿Será muy exagerado de decir?:

---

<sup>98</sup> De cualquier modo, es más fácil dar seminarios de conciencia plena en lugar de combatir la desigualdad educativa, o enseñarles a los trabajadores de oficina a respirar conscientemente en lugar de ofrecerles mejores condiciones de trabajo, es parte de una cultura sistemática de trabajo excesivo.

La búsqueda de la felicidad es la principal causa de depresión.

### 3.5. Productividad y Cansancio o la Fetichización Yoica

El mito de Prometeo puede reinterpretarse considerándolo una escena del aparato psíquico del sujeto de rendimiento contemporáneo, que se violenta a sí mismo, que está en guerra consigo mismo. En realidad, el sujeto de rendimiento, que se cree en libertad, se haya encadenado como Prometeo. El águila que devora su hígado en constante crecimiento es su álter ego, con el cual está en guerra. Así visto, la relación de Prometeo y el águila es una relación consigo mismo, una relación de autoexplotación. El dolor del hígado, que en sí es indoloro, es el cansancio... (Han C. , 2017, pág. 6)

Una cultura que entiende la tristeza como anormal, especialmente si “ya se llegó a la meta” o si “ya lo tienes todo”. Una cultura que le tiene tanto miedo a la tristeza, que invita a gastar, a beber o dar clicks hasta que ya no se sienta. Una cultura enajenada por una constante necesidad de conectarse en línea y obtener validación externa. Que no tiene lugar para la soledad, el silencio o para desconectarse. Un ambiente en el que millones de nosotros sentimos que nos ahogamos en un océano de estrés insufrible, mientras también sentimos vergüenza por no ser tan felices como deberíamos, por culpa de las propias fuerzas que impulsan nuestro problema. ¿Podría ser que la búsqueda del éxito también nos haga miserables?

Ciertamente, y durante un período de tiempo anterior al inicio de siglo, se mantuvo presente cierto remanente cultural de una cristiandad tomista, donde la pobreza era nobleza y hasta moralidad superior. Pero esa visión ha sido relevada a medida que la precariedad ha ido ganando terreno; las injusticias sociales debidas a la pobreza dejan de ser aparentes y las diferencias económicas entre poblaciones vecinas se disparan. Lo que antes era condescendencia, ahora es miedo; lo que antes era designio divino, ahora es ansiedad. La tendencia es a la precariedad.

El giro siniestro de la realidad social actual, como explica Han, es que, de la fantasía del derrame por goteo, se ha caído a un sistema explotador y destructivo. Parafraseando a Arendt, una fábrica de cadáveres<sup>99</sup>. En la práctica, para el humano de a pie, se ha caído en un sistema donde ser digno o ser humano no basta, no es suficiente. El sistema mismo otorga un número limitado de lugares y puestos, para la vida, para ser digno, para intentar ser humano.

En su primera expresión, es a lo que Ehrenreich (2018) llama la sociedad de los ganadores, que no es, siquiera, la utópica sociedad que imaginó Smith de prósperos, donde las ganancias y recursos continúan aumentando y convirtiéndose en mayores ganancias y recursos y que, al final, terminarían llegando a todos. Aquí, sólo hay un ganador, el que se queda con el lugar se lo lleva todo; del resto no queda nada, si acaso una cuenta, una gráfica que los contabiliza dentro del índice de fracasados, perdedores, los nadies individuales.

Tenemos a ciudades enteras – y sobrepobladas – de sujetos individuales a los que se les ha educado desde el paradigma del éxito y la felicidad. Es decir, se les ha preparado, desde muy pequeños, para que no sólo estén bien calificados para los puestos de trabajo que el sistema dice necesitar, sino para crear las estrategias necesarias para autoexigirse a crear dichos lugares.

Se les ha transmitido – con la leche templada y en cada canción<sup>100</sup> – la ideología de la individualidad, de la búsqueda frenética de una felicidad absurda, de la autoestima por encima de la dignidad y de la consecución del éxito por encima de todo.

Sin embargo, en la práctica, la mayoría de las personas no son siquiera capaces de encontrar un buen trabajo, nada les hace sentir dignos, no reciben un trato recíproco por parte de las instituciones que se supone deben protegerles. El trato es claramente fetichizado. ¿Cómo se siente la anomalía paradójica, si se le educa, desde la infancia, con la

---

<sup>99</sup> Adorno, Arendt y muchos otros ya había advertido sobre la locura de un modelo que nos va conduciendo - persuasiva y eficazmente-, no hacia la vida abundante para todos, sino a la destrucción del planeta y de millones de vidas.

<sup>100</sup> Canción de Joan M. Serrat: Esos locos bajitos, 1986. “Les vamos transmitiendo nuestras frustraciones, con la leche templada y en cada canción”.

idea de que solo tiene que demostrar que es capaz y ya... para ser exitoso, para vivir bien e, incluso, para tener el respeto de otros?

Y, por sistema, una persona normal no tiene suficiente dinero (porque nunca se tiene suficiente dinero). Lo que la sociedad le dice que debe aspirar, al éxito y a la felicidad, le es esquilmo en nombre de un esquema meritocrático que al mismo tiempo le mantiene la aspiración. Al final, en esta sociedad no es posible sentirse exitoso y feliz.

Para la mayoría, el subempleo, la precariedad y la angustia. No es sólo la incapacidad de llevarse un plato de comida a la boca, es, además, y por encima, el miedo a la decepción. El fantasma del fracaso y la mediocridad que se dibujan en la frente como letra escarlata. Porque ese es el nuevo mayor pecado que alguien pueda cometer.

Nada nos prepara para el brutal choque entre la expectativa y la realidad, para el golpe de la experiencia en contra de la ley de la norma, para la pérdida de la ilusión a manos de un gestor económico de riesgo encorbatado que vive en Nueva York y al que no tendremos el gusto de conocer jamás.

La opción que queda, para millones de personas – los afortunados, para más inri –, es vender su fuerza de trabajo, su intelecto, su interés y su tiempo a cualquier precio, a cualquier postor, a empleadores que a su vez se muestran poco interesados en sostenerles como humanos pero que están (porque tienen que estarlo para sobrevivir en un sistema que les exige) muy interesados en un índice: el de la productividad. Así nace y se sostiene la explotación. Gente que necesita sentir que es digna y un sistema que sólo ofrece simulacros. Subempleos cada vez peor pagados, cada vez más competidos, cada vez más repetitivos, cansados y decepcionantes.

Así es cómo, tener un empleo, por más que prometa estabilidad económica, duele profundamente, porque señala, con dedo juicioso, que cada uno es un ser incapaz, desvalido y hasta indigno<sup>101</sup>.

---

<sup>101</sup> En *Lo que más me gusta es rascarme los sobacos* (1980), Charles Bukowski se confiesa a la periodista Fernanda Pivano, y le revela lo siguiente: “Me parece que la vida está totalmente desprovista de interés, y esto sucedía especialmente cuando trabajaba ocho o doce horas al día. La mayor parte de los hombres trabajan ocho horas por día un mínimo de cinco días a la semana. Y tampoco ellos aman la vida. No hay ninguna razón para amar la vida para alguien que trabaja ocho horas al día, porque es un derrotado.



La farsa de la meritocracia como otro de los factores de la desmovilización colectiva. Lo aspiracional como bucle alienante de desencanto, falsa esperanza de igualdad, desigualdad estructural asumida como fracaso individual, un competir sin fin (Ehrenreich, 2018, pág. 72).

Por más que se quiera negar, la estabilidad psíquica y emocional de los seres humanos depende no solo de su estabilidad neuroquímica o de su autoestima, sino que, también y por encima, de su capacidad para obtener éxito dentro de la sociedad en la que se proyecta<sup>102</sup>. Éxito que es vendido como la única manera de sobrevivir.

Se dice que sólo un ser exitoso —económicamente, claro—, es digno para desarrollarse, para quererse y para relacionarse con otros seres. En otras palabras, sólo si se es dueño de algún capital se es digno de felicidad; y, parafraseando: Sólo el que es feliz es digno.

Porque ya no basta para el sujeto actual con que le vaya bien, ya no importan las interacciones satisfactorias, de nada ya sirve la espontaneidad, el juego, el disfrute. Ahora, el pacto social, el contrato de obligación, es el llamado a tener éxito: a no ser mediocre, a no ser conformista, a romper una y otra vez el confort y la estabilidad. El pacto social está firmado en sangre: el individuo promete productividad y consumo, el capital le promete éxito y felicidad<sup>103</sup>.

---

Duermes ocho horas, trabajas ocho, vas de un lado a otro con todas las tonterías que tienes que hacer. Una vez discutí esto con un amigo y vimos que uno que trabajaba ocho horas al día con todas las restantes cosas que tienen que hacer, recoger el permiso de conducir, comprar neumáticos nuevos para el coche, pelearse con la novia, comprar comida: a alguien que trabaje ocho horas al día le quedan sólo dos horas o una hora y media libres para sí mismos. Puede vivir de veras sólo hora y media al día. ¿Cómo es posible amar la vida si sólo se vive una hora y media por día y se pierden todas las demás horas? Y esto es lo que yo he hecho durante toda la vida. Y no la he amado. Creo que si hay alguien que la ame es un enorme idiota. No hay manera de poder amar a este tipo de vida”. Estremece pensar que *ese tipo de vida* es el tipo de vida que, salvo acaudaladas excepciones, llevamos todos.

<sup>102</sup> El éxito es entendido como reconocimiento social. Se tiene éxito cuando el grupo social al que se pertenece reconoce públicamente al sujeto por su actividad; incluso le paga por ello.

<sup>103</sup> La promesa de felicidad está estrechamente ligada al éxito en la cultura occidental. Además, es un juego de promesas, no de obligación. En cambio, el sistema suele proveer reconocimiento social (éxito) basado en la consecución de dinero y bienes materiales, lo cual no sólo no garantiza la felicidad, sino que, por la expectativa inducida, la impide. Nunca es suficiente y, si no eres feliz, *el problema eres tú*.

Y, sin embargo, el éxito social, como ya se dijo, sólo es la representación ideológica del reconocimiento social de un individuo por su trabajo, por su aportación o por su mérito, y, además, es sostenido como única vía de desarrollo social y como camino paralelo de felicidad.

Pero el éxito social no sólo no provee felicidad, sino que la imposibilita, por su expectativa, en dos vías: la primera, por su naturaleza aspiracional, su anhelo que la hace inaccesible, siempre más allá, siempre en la otra esquina. Y la segunda, y tal vez la más sombría, en su consecución, puesto que “al llegar a la cima, se está solo, cansado y aburrido” (Paris, 2009).

Nada es más decepcionante que el éxito. Nada es más depresivo que el logro de una meta social que nada tiene que ver con la dignidad, con la aceptación o con la relación humana<sup>104</sup>. Nunca, nadie ha obtenido la felicidad a través del éxito, y, sin embargo, basta echar una mirada, de unos cuantos minutos, a los medios de comunicación y las redes sociales de cualquier humano, para notar que esa es la oferta del mercado como la única vía para acceder a la felicidad. Ya no digamos a una vida digna.

El dinero goza de tal gloria en nuestra cultura, que con frecuencia pensamos que, si tan sólo lo tuviéramos suficiente, todo saldría bien. Es cierto que el dinero facilita muchas cosas, pero es interesante examinar cuáles son los efectos psicológicos de ganar y recibir dinero.

Aquí es donde entra la ideología del capital: establece que la pobreza es meramente un tipo de mentalidad y la riqueza otro. El rico y emprendedor es elevado e identificado con una especie de santidad cuyas enseñanzas y actos habrá que imitar para acceder al paraíso.

Figuras como Steve Jobs, Bill Gates, Mark Zuckerberg son elevadas a entes milagrosos con sus propios evangelios, prácticamente se dice que sus riquezas brotaron de

---

<sup>104</sup> Una vez que uno consigue la mansión y descubre que no está satisfecho, tiene que comprar el yate. Cuando eso no es suficiente, necesita el *jet*, luego la isla, luego la cadena de hoteles de lujo, la red de campos de golf, el concurso de belleza propia y, antes de que uno se dé cuenta, es el líder del mundo y ni siquiera eso es suficiente, así que tiene que enemistarse con Corea del Norte, prohibir la entrada de periodistas a la Casa Blanca y crear videos falsos de luchas para joder a una cadena de televisión.

la tierra, de un milagro mental, de un cambio de actitud, de su capacidad productiva y, en todo caso, de una especie de don trasmutado en espíritu.<sup>105</sup>

Es así como la productividad es asociada con elementos de tipo religioso, místico y fantástico y el capitalismo se erige como religión. El anhelo, ya no es el paraíso después de la muerte, la promesa ya no es la felicidad eterna. En la religión capitalista la promesa es el éxito. Que a su vez es vía franca de felicidad y que a su vez sólo es bienaventurado cuando viene del acto económicamente productivo: establece a la productividad como elemento conductual indispensable para una vida satisfactoria. Feliz, dirían unos, exitosa dirían otros.

Sin embargo, la productividad como narrativa ideológica para aspirar al paraíso no sólo prescinde la posibilidad de una vida satisfactoria, sino que es aún más alienante porque por sí misma implica que la vida digna y feliz es sólo resultado de la actividad individual e, incluso, contraria al acto colectivo.

En esta fantasía creada por el sistema capitalista, trabaja el que quiere (implicando que el que no trabaja o no tiene trabajo, no quiere), las oportunidades están ahí para el que quiera tomarlas (no tomarlas es una decisión individual) y, por supuesto, es rico, exitoso y feliz el que lo desea (implicando que la riqueza, el éxito o la felicidad son logros individuales a los que el sistema siempre permite acceder)<sup>106</sup>. Hay una narrativa, un pensamiento, una mentalidad de pobre y, de esta brota la pobreza como si fuera una especie de saña o maldición. El aparato social pareciera no jugar en esta dinámica, sólo el individuo. Esto crea dinámicas sociales donde los humanos abocados al éxito han de sacrificar familia, hábitos, relaciones y hasta dignidad en pos de purgarse de esa desgraciada maldición<sup>107</sup>.

Como dice Chul Han (2017, pág. 12): “hemos pasado de luchar contra la naturaleza, a luchar contra nosotros mismos y nuestros límites, empujándonos al agotamiento, la frustración y la depresión, en virtud de un rendimiento que nos

---

<sup>105</sup> En vez de explicar y estudiar los muchos y bastos elementos como contextos involucrados en la creación de esas riquezas, como la carencia de vínculos auténticos fruto de la progresiva fragmentación y atomización social.

<sup>106</sup> “Es pobre porque quiere” “Las oportunidades están ahí” “El cielo es el límite” “Sólo necesitas un cambio de actitud” son frases que fácilmente se encuentran en medios y redes sociales.

<sup>107</sup> Solo imaginemos la tragedia de aquel que ya ha ido a diez o quince o veinte seminarios de cómo eliminar su mentalidad de pobre y que, a pesar de ello, no logra salir de la pobreza por más que trabaja, se siente como un ser maldito, incapaz de abandonar su mentalidad de pobre. ¿Cuánto tardará en ser diagnosticado?

autoexigimos en esta sociedad que ya no es disciplinaria, como la que denunció Foucault, sino una sociedad del rendimiento”.

Obviamente esta sociedad ya es globalizada, por eso el modelo está tan interiorizado que es el propio sujeto el que es verdugo, explotador, victimario y víctima, independientemente de su condición social, de su ubicación geográfica o de su género.

A menudo, estos juegos de roles sirven sólo para mantener funcionando una maquinaria de justificaciones, de excusas y argumentos. Porque, en general, estamos abocados a ello en un intento por justificar la situación, basándonos en casos de éxitos raros y a menudo poco analizados. Tal vez es también una manera de mantenernos ocupados y así evitar hacernos esas preguntas incómodas acerca de la crueldad o la mezquindad propia.

El trabajo social de cada individuo está mediatizado en la economía burguesa por el principio del *sí mismo*; él debe restituir, a unos, el capital acrecentado; a otros, la fuerza para trabajar más. Pero cuanto más se logra el proceso de autoconservación a través de la división del trabajo, tanto más exige dicho proceso la autoalienación de los individuos, que han de modelarse en cuerpo y alma según el aparato técnico (Adorno T. , 2006, pág. 70).

Como señalara Horkheimer (1998), un modelo sólo puede imponerse en la medida en que coloniza la conciencia y la domina desde adentro, creando nuevas subjetividades; en el caso del paradigma dominante, se trata de nuevas subjetividades construidas bajo el modelo de la violencia, del arrebato, de la explotación, pero disimuladas por la productividad, el éxito y el rendimiento. Adorno ya veía que lo terrible de este modelo es que las propias víctimas interiorizaban los rasgos dominantes, reproduciendo la violencia. Por eso, la experiencia que estamos viviendo hoy es la de la autoviolencia, el autoarrebato y la autoexplotación.

Este paradigma deja de lado al sufrimiento humano y ve totalmente funcional que la gente necesite ansiolíticos, antidepresivos y demás drogas, sólo para concretar su jornada laboral. Paradójicamente, aunque la promesa de los medicamentos (como de cualquier producto) es el de la felicidad a través de una píldora, apenas está alcanzando para rendir. Y parece no aspirar a más, pues no lo necesita: una sociedad activa que se está convirtiendo en sociedad del dopaje para poder seguir rindiendo y funcionando sin alteraciones.

Es a lo que Naomi Klein (2005) llama la cultura del miedo. Acentuado porque cada paso está amenazado con la derrota, con el derrumbe completo de la puesta en escena, del simulacro. El rico que tiene miedo de ser naco y relegado de la “casta”. El que llega a la clase media y tiene la amenaza de no seguir creciendo o, peor, de que su triunfo sea meramente temporal y caiga otra vez en la pobreza. Y el pobre porque todo en su existencia le amenaza. No se es pobre por no tener dinero, sino por no tener acceso a los recursos mínimos en caso de peligro. Y, además, en esta ideología, es su culpa.

Nada lleva a más extenuación que el miedo. Nada destruye más al organismo que el constante desgaste de la huida. Nada es más aterrador que el pánico de ser expulsado de la manada. Sin embargo, vivimos en una sociedad en la que el shock y el pánico son el pan nuestro de cada día.

La sociedad de rendimiento se caracteriza por el verbo modal positivo “poder sin límites”. Se expresa en la premisa: “*Yes, we can*”. La sociedad disciplinaria (de los panópticos de Foucault) que limitaba con los “no” y la vigilancia, generaba -y luego aislaba- locos y criminales; en cambio, la sociedad del rendimiento, por el contrario, produce depresivos y fracasados. Provoca el síndrome de “un alma agotada, quemada” (Han C. , 2017, pág. 24).

Un sujeto que corre de un lado a otro, siempre con miedo, siempre ansioso por evitar el colapso, el derrumbe, la derrota: infinita, inconsciente, irremediable. Un sujeto que ve la amenaza en cada paso, aun cuando traten de convencerle de que son paranoias e invenciones suyas<sup>108</sup>. Un sujeto al que constantemente se le cierran las puertas (pero se le abren ventanas, nada más para asomarse) de vidas dignas, satisfactorias, fuera de peligro.

Un sujeto que, además, se encuentra aislado, mirando una pantalla de celular porque es el único lugar (la única ventana, también) donde alguien se asoma a verle. Aislado, y por tanto incapaz de distinguir que el conflicto, que la destrucción y la carencia son estructurales, pertenecientes a un sistema que derriba y va dejando ruinas a su paso. Un humano que corre por sobrevivir, asustado, amputado, roto, desolado. Un humano al que

---

<sup>108</sup> Para ello también existe un diagnóstico: Trastorno delirante. Trastorno paranoico de la personalidad.

ahora, además del sínodo de la expulsión por ser “distinto” se enfrenta a una posibilidad que le es más aterradora: la irrelevancia.

El modelo trasladó de un modo terrible la responsabilidad y la vigilancia al interior de las personas para maximizar el rendimiento. Las personas de hoy han de ser emprendedores de sí mismos y llegan a la depresión por esa exigencia continua y extenuante de iniciativa personal productiva, de superarse a sí mismos -además de a otros (Han B.-C. , 2014, pág. 36).

Un humano deshabitado<sup>109</sup>, al que la experiencia brutal del capitalismo culpa de su propio destino. Una ideología que pone en la periferia de la conciencia social, no sólo el sufrimiento de las personas y su reclamo, sino que también las estructuras que lo posibilitan.

Un humano y una ideología que chocan. Y donde, de cada choque, sólo sale un derrotado: el humano.

Al nuevo tipo de hombre, indefenso y desprotegido frente al exceso de positividad le falta toda soberanía. 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... La depresión se desata en el momento en que el sujeto de rendimiento ya no puede poder más (Han C. , 2017, pág. 41).

Afirmación realmente impactante donde las haya: el depresivo *¡ya no puede poder más!*<sup>110</sup> He ahí el alma quemada que acaba renunciando, queriéndose bajar del mundo, como Mafalda<sup>111</sup>, y, no pocas veces, renunciando incluso a vivir.

No es muy difícil tomar nota de todas las luchas que hay, en este momento, a nuestro alrededor. Y no solo se trata de quienes viven con depresión clínica diagnosticada y medicada o con ansiedad. Cuando uno rasca un poco la superficie, se encuentra un tema

---

<sup>109</sup> Léase a Javier Sicilia, “El deshabitado”.

<sup>110</sup> Concepto inextricablemente entrelazado con el movimiento del poder-hacer del que habla Holloway. Léase “Cambiar el mundo sin tomar el poder”. Las cursivas son mías.

<sup>111</sup> Léase a Quino, “Mafalda”.

recurrente: las personas están exhaustas. En mi consultorio, unos pocos minutos bastan para que las personas hablen de un estrés inimaginable y de una sensación abrumadora de estar “siempre alertas”.

El ritmo de la vida moderna es agotador. En cada individuo, conviven, en paradoja, una languidez –un aburrimiento colectivo–, aunado a un afán constante de éxito y satisfacción.

Es como si las personas estuvieran programadas. Sus cerebros parecen computadoras portátiles sobrecalentadas que batallan por mantener docenas de ventanas abiertas al mismo tiempo. Todo es demasiado rápido e increíblemente ruidoso. Los celulares a los que nos aferramos se han convertido en nuestras extensiones. Hemos olvidado dónde acaba nuestra versión virtual y dónde comienzan los seres reales.

Aquellos con los que hablo, las personas que quiero, los lectores de esta tesis, todas las personas que conozco, se sienten atrapados en un constante círculo de retroalimentación de distracción digital, obligaciones laborales y ruido mental que es casi imposible de apagar.

Hemos creado una sociedad de jóvenes y adultos que trabajan sin balance, sin límites. Nos estamos dirigiendo a un *burnout* mental y físico absoluto (Han C. , 2017, pág. 8).

En un mundo agitado, que por un lado se presenta como estresante, peligroso y amenazante y, por el otro, se muestra como un campo de oportunidades, de sueños por alcanzar, de posibilidades infinitas (que hay que aprovechar) la noción de tomarse el tiempo para relajarse o descansar puede parecer indulgente o incluso imposible.

Por eso nos empujamos hasta el extremo –en nuestra vida profesional y personal–, impulsados, sin saberlo, por esa necesidad de cumplir con nuestra parte del trato. Porque suponemos –en el fondo, todos sólo lo suponemos–, que el que se detiene, el que se desconecta, el que no corre en pos de un éxito aplastante, ese sujeto se muere. Por eso creemos que el mundo se va a derrumbar si no enviamos ese correo electrónico a medianoche o tomamos esa llamada de trabajo durante la reunión familiar. Por eso revisamos incesantemente todas las redes sociales. Por eso nos rompemos en pedazos

conduciendo el auto que no hemos terminado de pagar. Por eso hipotecamos cualquier cosa al olvido. Por eso nos ofertamos en Tinder. Nos quemamos a nosotros mismos para no quemar la fábrica que suponemos nos da de comer.

Hay demasiados perdedores en esta historia, podremos poner el acento en unos u otros, según desde dónde miremos o desde el propio suelo, pero lo cierto es que los ganadores también son perdedores, y esto es lo que queda: la gran derrota, la suma de vidas dañadas.

Lo difícil no es ver qué es vivir con libertad, no ser un rehén del dinero, del mercado o del sistema; o encontrar paz en la ligereza de inhalar y exhalar. Pero se hace cuesta arriba para millones de personas llegar ahí. Y el alivio es efímero. Siempre se regresa al espectáculo del horror cotidiano, a la sensación dominante de angustia. A un mundo que existe solo en futuro o pasado porque el presente es espantoso; entre lo que alguna vez fue y lo que aún está por venir.

Se pueden arreglar un par de días, se pueden esperar fines de semana y vacaciones de “bienestar”, sin embargo, mientras el resto del año las empresas continúen presionando a sus empleados hasta la muerte, mientras la dignidad y el respeto sean sólo para algunos, mientras el éxito sea el único camino hacia la felicidad, hablar de depresión es hablar del aire que se respira.

A todo esto, y nada más que a esto, es a lo que el modelo médico de atención a la salud mental llama Depresión. Tanto más profunda, más fácil de aislar, individualizar y diagnosticar. Tanto más imposibilitado el sujeto, mayor la cooptación de recursos para “su cura”. Tanto más desarraigado del colectivo social, más indefenso ante el sistema. Y es un proceso que se retroalimenta a sí mismo; al tiempo que alimenta al sistema, extrae del sujeto el último reducto por vender: la imagen que tiene de sí mismo.

Pero la derrota, en una cultura que sirve de telón de fondo para la desintegración, sin duda, forma parte de la factura.

Estamos exhaustos. Estamos derrotados. Nada nos ha preparado para la derrota histórica que estamos presenciando. Todo lo que conocemos, todo lo que sabemos, todo lo que somos ahora, es reducible a un producto que se vende al mejor postor. Y el producto



somos nosotros, todo lo nuestro, todo lo que antes, alguna vez fue el YO, la consciencia, el inconsciente y hasta el nosotros.

La depresión no es una enfermedad clínica, por eso no tiene biomarcadores. No es resultado de una genética caprichosa que se ensaña con esta generación. Y tampoco es la respuesta neuroquímica contraria a los antidepresivos. La depresión es la expresión del cansancio. Es el rechazo a la rueda de productividad que nos succiona. La depresión también es, y al mismo tiempo, la única expresión que nos queda ante la derrota.

## El derecho a ser infeliz. A modo de conclusión de capítulo

En la posada del fracaso  
Donde no hay consuelo ni ascensor  
El desamparo y la humedad  
Comparten colchón  
(Quien me ha robado el mes de abril. Sabina 1988)

La sociedad disciplinaria planteada por Foucault funciona bajo instituciones cerradas. Sin embargo, pasamos de esa forma de sociedad, a una sociedad de control, formulada por Deleuze, donde las instituciones pasan a ser parte de un conjunto disperso y funcionan bajo el principio de la postergación indefinida, es decir, que todas las actividades se perpetúan hasta no terminar nunca, como es el caso de los estudios o el trabajo. Y de ahí derivamos a la sociedad del rendimiento descrita por Chul Han, donde el control lo ejercen los sujetos mismos que han sido educados para ello. Este proceso inacabado e inherente, ejerce en sí mismo control. Es un autocontrol del cual uno es cómplice. De esclavo a trabajador preso, típico de la sociedad disciplinaria, hemos pasado al nuevo deudor adicto de la sociedad de control, deudor por consumo y adicto al capital del ciberespacio, de ahí al auto explotador ha habido sólo un paso.

Así, la vida y el trabajo se unen de manera definitiva, las personas deben adquirir permanentemente nuevas habilidades mientras pasan de función en función, de empresa a empresa, en medio entornos laborales flexibles que van aniquilando cualquier tipo de proyecto personal o familiar. La precariedad domina todo el escenario y el trabajo deja de alternar con momentos de ocio y descanso y, la alternativa al tiempo de trabajo pasa a ser el

desempleo, siendo la vida laboral una sucesión de empleos de corto plazo que hacen imposible planificar cualquier futuro, y por tanto de construir cualquier esperanza.

Entonces, actuamos por temor a quedarnos a solas con nuestro ser, con el error. Porque no sabemos cómo arreglarnos ni qué decirnos a nosotros mismos. Casi nunca mantenemos con nosotros una conversación en serio, no hablamos, por ejemplo, del miedo, del cansancio extremo que representa ser exitoso, de la inverosimilitud que sentimos ante el hecho de tener que desaparecer: entre nuestro ser y nosotros siempre se producen incómodos silencios de ascensor, preguntamos por tonterías o platicamos con personas que ya nos olvidaron, y para que la situación no se eternice, para salir del apuro, encendemos aparatos, llenamos nuestra soledad de celulares, de computadoras, de televisores, de gadgets, de cosas que nos distraigan y nos rescaten de la inquisitorial mirada de la conciencia.

¿Cómo compatibilizar entonces nuestro anhelo de bienestar con las expectativas descomunales que impone el mercado? Cómo hacerlo si existe un modelo que vacía al mundo de sentido, que postula el desarraigo y explota el deseo, al tiempo que se centra en la expresión de la felicidad y el éxito por encima de todo.

Estamos ante la posibilidad de sufrir de cualquier manera, puesto que, habitualmente un problema típico en las personas era sufrir de anhedonia. Anhedonia significa la incapacidad de sentir placer al hacer cosas. Pero en nuestro tiempo a esto se le ha sumado, no sin su dosis de irrealismo paradójico, lo que se podría llamar el síndrome hedónico depresivo, consistente en la incapacidad de hacer cosas que no estén destinadas a producir placer. Todo lo que hagamos debe producir placer y la posibilidad de no poder lograrlo, de no poder hacer algo que genere placer... ¿produce depresión?

Sin embargo, paradójicamente, ante la pregunta: ¿Soy feliz?, Uno siempre tiende a contestar que sí, con todas las puntualizaciones y aclaraciones, y matizaciones que se quieran. Echándole más o menos humor o ironía la respuesta, pero que sí, porque hay que ser muy caradura para reconocerse infeliz, para admitir abiertamente que uno es infeliz. Del mismo modo que los enfermos de enfisema son culpables de su enfermedad, el infeliz debe serlo de su infelicidad: El sistema, como Poncio Pilatos, se lava las manos. No hay piedad para el que se inculpa y declara infeliz.

Pero es que una de las razones por las cuales ocultamos nuestra infelicidad es porque nunca nos enseñaron a mostrarla, porque nadie nos dijo, nunca, que la amargura no es algo de lo que debamos avergonzarnos. Silenciamos nuestras tristezas por miedo al *qué dirán*. Nosotros somos los primeros sorprendidos: ¿qué es lo que nos pasa? Nos sentimos tristes, pero nadie nos previno, nadie nos advirtió. ¿Qué es esta sensación de vacío? ¿A qué se debe este melancólico estar en el mundo? Se suponía que la pesadumbre no era una opción, y sin embargo... Para cuando nos percatamos de que algo no cuadra, ya es demasiado tarde: no sabemos gestionar nuestra propia tristeza, no tenemos recursos para salir adelante. E, irremediamente al parecer, terminaremos en el circuito de sanidad médica. Un psicólogo por aquí, un neurólogo por allá, algún médico familiar y dos o tres consejeros doctos. En cualquier caso, todos estarán de acuerdo que algo está mal en uno y hay que arreglarlo.

En mi trabajo como terapeuta me he dado cuenta que, en general, a las personas, lo que más nos preocupan son los eventos traumáticos y las tragedias evidentes; pero no son las únicas que pueden marcarnos para siempre; son los males sordos, los insistentes, los tolerables, aquellos que forman parte de nuestra rutina y nos minan tan meticulosamente como el tiempo. Y, lo que es peor, no desaparecen, no tienen cura, “porque no hay en las farmacias ningún medicamento específico contra la existencia” (Ciorán, 2002), no hay antídoto para la desesperación. No hay tratamiento que elimine la depresión. Porque nada cura la depresión. Porque de depresión nadie se ha enfermado nunca. Lo que hay es compañía, lo que queda es la colaboración, lo que nunca excede es la escucha. Lo que podemos hacer es respetar la dignidad.

Un rompimiento no es una evidencia de disfunción; es la prueba de que, como todos los demás, soy una maravillosa obra en progreso y con fallas.

¿Qué sabemos con certeza nosotros los “expertos en salud mental” de los extraños con los que nos cruzamos brevemente antes de darles un diagnóstico de depresión? Tenemos tan solo algunos breves vistazos de sus vidas; fragmentos hurtados de su dicha, su frustración, su ridiculez. Y los juzgamos, pintando un retrato de sus vidas sobre un lienzo que no puede estirarse mucho más allá de una hoja de papel; una etiqueta y un manual DSM que registra la suma de signos y síntomas.

Sin futuro, sin pasado, solo las palabras tensas que se intercambian con la tragedia, con la ausencia o con el dolor de haber caído en la mierda. Pecadores o santos, la suma de su humanidad queda fosilizada en el minuto en que los diagnosticamos con depresión.

El manual DSM debe dejar de existir.

El diagnóstico fácil y cómodo de depresión debe dejar de existir.

La felicidad, como un deber ser ineludible, debe dejar de existir.

El éxito, como única forma de desarrollo humano, debe dejar de existir.

# Capítulo IV. La mala costumbre de la esperanza. Testimonios y reflexiones desde la vida dañada.

## Introducción a los casos

*Imagínate el dolor de un parto la rotura de un hueso o un dolor de muelas multiplicarlo por diez y tendrás una idea de lo que es una depresión profunda*  
(Roberto(45)EI, 2020)

Los testimonios y casos aquí recuperados son la suma de muchos años de trabajo terapéutico con personas diagnosticadas con depresión.

Algunas de las frases o pequeñas historias que he recopilado en este texto fueron tomados de (largos y dolorosos intercambios de) correos que a veces han durado años, como parte de su tratamiento psicoterapéutico. Otros vienen de sus propias historias escritas, en las primeras sesiones de terapia conmigo ya que, escribir brevemente su “autobiografía emocional” es una de las primeras tareas del trabajo que se hace en el proceso. Las más de ellas son fragmentos en sus propias palabras recogidas en grabaciones de las sesiones de terapia o de las entrevistas iniciales.

En los tres tipos de casos se señala con las siglas CE, AE y EI respectivamente, para referir a la fuente: (CE) Correo Electrónico para aquellos testimonios, frases y presentaciones que se hicieron vía e-mail y que constituyen una parte importante del archivo de cada paciente. (AE) Autobiografía Emocional que es un texto, escrito por el mismo paciente, en el que se le pide que escriba su propia historia tal como él/ella la narra y la percibe, sin sesgos de extensión mínima o máxima, en el texto se incluyen, palabra por palabra, las experiencias que la persona quiera contar y compartir desde la subjetividad de su narrativa. Y (EI) Entrevista Inicial, que consiste en las transcripciones de las grabaciones hechas durante las entrevistas iniciales a pacientes con diagnóstico previo de depresión y de las que se toma un fragmento para explorar un punto, una hipótesis o un enunciado

específico. En cualquier caso, la narración tomada es literal y respeta las puntuaciones y énfasis de las palabras tanto como es posible traducir a texto.

En todos los casos, a las personas se le ha asignado un nombre aleatorio diferente al suyo para proteger su identidad e intereses personales, sin embargo, se ha respetado la identificación de género y edad, para mantener, en lo posible, una clara imagen de las personas que han participado en esta investigación. Así, una persona será identificada con Nombre; p/ej: Karen; Edad, escrita entre paréntesis; p/ej: (21); y la Fuente de la que fue obtenida la cita: p/ej: AE. Además del Año de la toma: p/ej: 2019. Por tanto, antes o después de cada texto aparecerá así: (Roberto(45)EI, 2020)

Decidí utilizar los tres medios de acceso a la información – CE Correo electrónico; AE Autobiografía Emocional; y EI Entrevista inicial – por dos razones principales: 1) el contenido en archivo que se tiene de todos los intercambios con los pacientes es una fuente inapreciable de las narrativas culturales, incluyendo el saludo (léxico, emoticones, puntuaciones, etc.) y su primera presentación con el terapeuta. En general, nadie mejor que la propia persona para describirse a sí mismo en unos cuantos renglones. El archivo es amplísimo y arroja documentos escritos de invaluable valor. Y 2) La toma de datos y experiencias por medio de historias de vida y armado de casos completos me parecía que iba a reducir la diversidad de experiencias posibles y, en cualquier caso, dar la impresión de ser sólo fruto de la relación de 2 o 3 personas con el ambiente o con su sociedad, dejando en entredicho que, el sufrimiento de millones de personas alrededor del mundo es un sufrimiento compartido de origen estructural.

Cualquier parecido con la realidad no es pues coincidencia, es la historia de millones de personas alrededor del mundo. Por eso, en general, en cada testimonio me he sentido identificado. No puedo negar que toda la presente tesis es una búsqueda propia de catarsis. Lo que escribo no sólo son mis observaciones del mundo y de mí mismo, sino la búsqueda de una respuesta. Al final, tengo que aceptar que utilizo la terapia para explorar las salidas y le doy eco a las preguntas en sí mismas: ¿Está mal que no sea completamente feliz a pesar de que lo tenga todo? ¿Por qué es tan difícil ser feliz? ¿Qué tengo? ¿Qué me pasa? ¿Qué está mal en mí? ¿Es siquiera posible ser feliz?

Las respuestas que se proyectan aquí no suelen ser bienaventuradas. A ojos vanos puede tomarse solo como una tesis fatalista y de pura depresión (una especie de nihilismo histriónico porque la felicidad no es posible). A fin de cuentas, en esta sociedad, todas las personas, en algún momento de la vida hemos tratado de buscar eso, la felicidad... y casi siempre fallamos.

Las historias se repiten y se contraponen y, en todos los casos, se nota que, si algo falla, ese algo es el individuo. Así, en cualquier historia encontramos las mismas tramas: Unos tratan ser felices con su carrera, otros con una pareja, otros buscando una familia. Algunos viven en negación y, cuando los problemas llegan, huyen, huyen a internet, a las pastillas o las terapias sólo para pretender. Otros más persiguen la felicidad a base de ser reconocidos y de ser amados por otros, pero incluso, a pesar de que lo consigán, las cosas no cambian porque nunca es suficiente. Y entonces me pregunto: ¿Por qué pasa esto? ¿A cuántos les pasa lo mismo?

La respuesta podría ser que tal vez es porque la sociedad, la cultura o el sistema nos están obligando a tener a la felicidad como único propósito en la vida. Sin embargo, aunque parezca obvio, la noticia no es perentoria y aquí se testimonia: la vida no es sencilla, su objetivo no es la felicidad y su única vía no es el éxito.

La vida es compleja, trágica, difícil y el problema con el concepto público del estado ideal del humano sea la felicidad es que hace que toda esa gente, gente joven, se sienta avergonzada de su propio sufrimiento. Sienten que, si están sufriendo, o que, si perciben su vida trágica, entonces eso significa que hay algo mal en ellos y esto instantáneamente hace imposible para ellos comunicar algo real de su propia tragedia (Stark, 2018, pág. 221).

Cada uno de nosotros estamos buscando la felicidad como un último escape, la última pataleta para salir de un mundo trágico y duro. Sigue siendo, para millones de personas en el mundo, la última frontera, el horizonte utópico y el paraíso prometido. Y tal vez, la tragedia no sea su búsqueda, sino su venta, no sea su anhelo, sino su precio, y no sea la esperanza, sino su compra.

Por eso cada persona que va a mi consulta es una obra maestra (es un encuentro extático, es un milagro, o cualquier forma que exprese lo trascendente). Porque me enseña al mismo tiempo todos los lados del espectro, porque una buena psicoterapia no permite la identificación, sino el encuentro dialéctico. Y porque también se puede ver el lado crudo del ser humano, sin quitar el también el lado romántico de película. Cada persona y cada testimonio me pinta un panorama que muchas veces es difícil ver a la cara, pues a veces me confronta con ninguna otra cosa más que el espejo.

#### 4.1. La contradicción social y su reflejo individual.

A través de todo el aparato institucional de las sociedades –hablamos de la religión, el estado, el estatus, la familia, la pareja, los hijos, los jefes, los compañeros de trabajo, los amigos–, se establece un deber ser, lo que un ser humano debe de ser para ser un ser humano exitoso.

Hay una construcción narrativa que determina la jerarquización de los valores intrínsecos en el deber ser determinado. Su representación coloquial, su difusión, es a través de la simplificación de esta axiología que aparece en forma de términos convencionales y fútiles: éxito versus fracaso, normalidad versus normalidad, salud versus enfermedad, felicidad versus tristeza.

Esta versión, polarizada, diluye los múltiples fenómenos entre los cuales se mueven esos polos. Los elementos que constituyen a un sujeto, sus condiciones materiales, sociales, políticas, culturales, económicas y subjetivas, quedan veladas por esta versión simplista y polarizada. Si no se es lo uno, se es lo otro. Los claroscuros son representados como indeterminación. *O fríos o calientes, a los tibios los vomito*, dice el Señor.

Desde hace 20 años, en que mi formación profesional me ha puesto en la posición de psicoterapeuta, he visto desfilar frente a mí a centenares de personas, de distintas edades, de distintas formaciones educativas y culturales, de distintas creencias, de distintas religiones, de distintos grupos sociales, de distinta condición económica, que reproducen



dentro de sí docenas de malestares psicosomáticos: ansiedad, estrés, anorexia, bulimia... y, por supuesto, depresión.

Durante gran parte de este tiempo, he enfrentado sus problemas desde las múltiples perspectivas que he aprendido desde mi formación en la licenciatura, luego en la maestría, después en múltiples cursos y diplomados en los que he aprendido innumerables técnicas para el trato de estos padecimientos. Todos ellos enfocados desde la perspectiva de lo individual y de la enfermedad.

Esta perspectiva individual asume que es el sujeto quién padece un trastorno y, en última instancia, se encuentra enfermo. Pero la idea de enfermedad asume, a su vez, su contrario inevitable: una cura. Como el individuo es quien está enfermo es preciso curarlo.

El principio de este proceso es identificar las causas que lo han conducido hasta ahí, hasta a mí. Para ello, es preciso recuperar su historia, identificar sus condiciones específicas de vida, sus relaciones con otros, el lugar que ocupan en su grupo social y las formas que tienen de representarlo; identificar las condiciones que han permitido que su malestar se desarrolle. Su narración, su propia y personal ficción.

Como he dicho, durante dos décadas de práctica psicoterapéutica, son ya centenares de personas, de distinta condición, que han pasado frente a mí. Después de tanto tiempo y de personas tan diversas, de distintas edades y de distintos grupos a su vez, poco a poco se hicieron inevitables las siguientes preguntas: ¿Por qué, siendo tan distintos, padecen cosas tan semejantes, con causas tan semejantes a su vez? Y, siendo tan semejantes, ¿Por qué, cada uno de ellos cree que es el único que las padece? ¿Por qué, cada uno de ellos parecía repetir, incesantemente, una y otra vez: *He fracasado, no soy feliz, yo estoy mal, nadie me entiende*

Las recetas de cocina se inventaron para que cualquiera que la siga al pie de la letra consiga cocinar el platillo que la receta representa. Es un manual de instrucciones perfectamente desarrollado y medido en cantidades específicas y operaciones concretas. Si cien cocineros siguen la misma receta, y noventa y nueve consiguen reproducirla y solo uno no, podríamos creer que ese uno se ha equivocado en algo, que no siguió las instrucciones

correctamente o que le falta talento o pericia y que sólo es cuestión de práctica, y educación, para que lo consiga.

Pero ¿Sí siguiendo la misma receta, noventa y nueve cocineros fallan y solo uno lo consigue, podríamos afirmar qué es necesario hacer practicar y educar a los 99 para que la receta funcione? ¿No tendríamos que plantearnos, aunque sea como posibilidad, que es la receta la que no funciona?

El aparato institucional afirmará que es una receta que ha funcionado por mucho tiempo. Que el problema son los cocineros. Según la Organización Mundial de la Salud, hay 300 millones de personas en el mundo que no saben seguir una receta (y contando...).

Durante los últimos años de mi práctica profesional, me he cuestionado, innumerables veces, si el modelo médico de salud mental, ese que establece narrativas de salud y enfermedad, es aplicable a los problemas mentales y psicológicos, o si son de distinto orden.

En todos ellos, independientemente de su sintomatología, y en última instancia de su diagnóstico, aparecía recurrente la percepción de fracaso, de búsquedas interminables, de logros conseguidos o no conseguidos pero que no fueron suficientes, de derrotas que se acumulan una tras otra, de exigencias que no se cumplen y de metas que no se logran; todo esto independientemente del grupo social al que pertenecieran, como si esos factores no fueran completamente independientes a sus padecimientos.

Amén de las características de los sujetos entrevistados, todos intentan cumplir expectativas que asumen como propias. Sin embargo, en sus discursos, revelan interminables reiteraciones de palabras e ideas con los que tratan de definir, ejemplificar y hasta simplificar su malestar.

Empero, independientemente de su registro lingüístico y de características socioculturales concretas, parecen coincidir en muchos sentidos. Con una velada contradicción entre *lo que deben ser y lo que desean ser*, por un lado, y *lo que son*, por el otro, cada uno de ellos se vuelve el marco muestra de las representaciones individuales de un malestar colectivo.

## *Ideología que construye al sujeto*

Una creencia, independientemente de su veracidad, genera consecuencias. Una narrativa o una ficción sólo funciona en la medida en que la creencia, o el cúmulo de ellas, se reproduce en la sociedad y genera efectos en todos sus miembros; incluso si es rechazado por un determinado grupo de la misma comunidad, ese rechazo es parte de sus efectos.

Institucionales, como los medios de difusión, el cine, la literatura, las instituciones médicas, la religión, los grupos sociales, académicos y políticas y, en suma, el Estado, reproducirán estas creencias como forma de normalización social.

Cada miembro de la sociedad asume, a través de la cultura, y de la cultura institucional, este sistema de creencias que lleva consigo, en todo pensamiento que reproduce, en toda decisión que toma, en todo aquello que hace. Lo habrá aprendido, asimilado y asumido, lo reproducirá y lo enseñará a otros.

Las instituciones crean un modelo social a partir de elementos que le son favorables para constituirse como Estado; normaliza esas características y las devuelve a los miembros de la sociedad a través de imposiciones bajo el tamiz de la normalidad.

Mientras estas características aparecen como imposición del Estado, pueden generar rechazo; sin embargo, a partir de que son asimiladas por el sujeto, desaparece su condición de imposición y aparecen naturalizadas, como si esta normalidad fuera propia al sujeto mismo.

Esta concatenación es posible porque se vale de elementos que pueden aparecer como propios al sujeto mismo, pero que, al naturalizarse como formas propias del Estado, se reproducen en forma de reglas, principios, verdades y realidades absolutas. Es un espejo multiplicado. Lo que el Estado institucionaliza, surge de la construcción social, pero es tomada por las fuerzas del Estado como medios de homogeneización, normalización y, finalmente, como medios de control. Para que el Estado reconozca a los ciudadanos estos tienen que cumplir las reglas provistas por él, de lo contrario, aparecerán como disidentes, poniendo en duda su estatus de ciudadanía.

La ideología, a través de los múltiples aparatos del Estado, se transfiere a los individuos y se reproduce en ellos. Cuando el sujeto toma todos los elementos de la ideología para sí y los asume como propios, el círculo se habrá completado.

No obstante, si algo se mueve en el interior de los sujetos o de los grupos, y esa movilización denuncia que esa normalidad no es completamente válida para el desarrollo de sus propias vidas y, por tanto, es posible que emerja una disonancia.

Por otra parte, sin embargo, la fragmentación individual hace aparecer estas disonancias como propias de individuos específicos y no como un malestar general. *Sólo a mí es a quien pasa todo esto. Todos son felices menos yo. A través de esta fragmentación, desaparece la posibilidad de que sea más de uno aquel que padece un malestar. Soy yo quien está mal, Nadie más que yo. De esta manera, es el sujeto individual quién aparece como el único culpable de su propia tragedia. Y, como él es el único que está mal, tiene que hacer lo posible por estar bien.*

Así, millones de personas.

Millones de personas buscando múltiples maneras para regresar a la normalidad: las creencias religiosas, las ideologías políticas, los gurús, los ideólogos, los promotores de la superación personal; a través del cine, la radio, la televisión, el internet y las redes sociales que se vuelven los principales medios en los cuales el sujeto busca el espejo que le devuelva una imagen donde aferrarse para de regresar a su proceso de normalización.

Si no lo consigue, después de una incesante búsqueda de medios para regresar a la normalidad, finalmente, se diagnosticará a sí mismo: *No sé lo que me pasa, no puedo ser feliz. No es culpa de nada. Soy yo. Estoy deprimido.*

## *El paraíso perdido y la Tierra Prometida*

Según la mitología judeocristiana, el ser humano fue creado a imagen y semejanza de Dios y puesto en el paraíso. Sin embargo, al desobedecerlo y comer el fruto prohibido, fue desterrado y condenado:

[...] maldita será la tierra por tu causa; con dolor comerás de ella todos los días de tu vida. Espinos y cardos te producirá, y comerás plantas del campo. Con el sudor de tu rostro comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra, porque de ella fuiste tomado; pues polvo eres, y al polvo volverás (Génesis, 3:17-19).

Así, el ser humano aparece como culpable de su propio destino. Como en las tragedias griegas, la fatalidad ya ha sido decretada de antemano por el Ágora que la anuncia. Desde esta perspectiva, el ser humano está condenado a sufrir las consecuencias de su propia culpa a lo largo de toda su vida.

Pero no todo está perdido. El mismo mito ofrece una alternativa: Un nuevo pacto, una tierra prometida después de deambular por el desierto. El pago de sus culpas lo redime.

Esta mitología, al instaurarse en el imperio romano como la religión oficial, se expande y se convierte el cristianismo conocido. A la caída de éste, y al construirse los reinos europeos con su propia expansión y conquista, servirá de fundamento para el proceso ideológico eurocéntrico que se expandirá por todo el orbe y llegaría hasta nuestros días.

A través de las ideas de la ilustración, con su conceptualización del *ciudadano libre*: el sujeto comienza a ser individuo (todavía imberbe). Sin embargo, el ser humano individual se erige como arquitecto de su propio destino, de su propia tragedia y aún, de su propia redención.

De tal suerte, todo lo que el individuo padece es a causa de su propia culpa; todo lo que consigue, a causa de su propio mérito. Y, si no lo logra, será el único culpable: habrá perdido de nuevo el paraíso.

En la sociedad contemporánea, el mérito social aparece como logro personal: quien más logra por sí mismo –logros avalados por la sociedad–, más mérito social obtiene. A esto le llamamos éxito. Y, para lograrlo, el sistema impone que se tenga una lucha encarnizada con los miembros del propio grupo para sobresalir por encima de ellos. Pero esta competencia, genera su inevitable desenlace: sólo uno de entre todos lo consigue y, por tanto, todos los demás habrán sido derrotados. A esto le llamamos fracaso.

A pesar de ello, se establece una incesante lucha por ser el próximo vencedor de una batalla que no termina nunca. *Muchos los llamados y pocos los elegidos*<sup>112</sup>, dice el Señor.

Para ser, para existir, para lograrlo, es necesario seguir las reglas impuestas de antemano, como la fórmula inequívoca con la que se consigue ser y existir. Y, de no conseguirlo, tendré que asumir que seré el otro, el inadaptado, el anormal, el inútil, el enfermo.

Para cuando eso ocurra, ya nadie tendrá que venir a decírmelo para que lo sepa. Nadie vendrá a acusarme, nadie tendrá que recriminármelo, porque ya no necesitaré de un Dios que me destierre o un Estado que me castigue o una sociedad que me denuncie o a la propia familia quien me conmine. Porque habrá alguien más que me lo recuerde y me reprenda cada instante de la vida: YO mismo. Entonces y sólo entonces, la asimilación de la ideología habrá sido completa. A eso se refiere Chul Han cuando habla de la sociedad del rendimiento. De eso hablamos cuando hablamos de auto-explotación. Y ese es el mayor logro del capitalismo.

## 4.2 Representaciones individuales de un malestar colectivo

Con el paso del tiempo, cada vez fue más persistente mi interés por reflexionar sobre aquello que, a pesar de aparecer de forma individual, parecía representar algo que atañía a un grupo de personas cada vez más grande.

En “El Malestar en la Cultura”, Freud (2017) lo lleva al terreno del conflicto entre las pulsiones y la represión de éstas a través de la cultura; esto conduce a que, a mayor cultura, mayor represión del deseo; lo cual incrementa la culpa del individuo al no poder reprimir, del todo, aquellas pulsiones que lo separan del deber ser que la cultura le impone.

---

<sup>112</sup> Mateo 22:14

No obstante, esta perspectiva, de corte individual, pone al individuo como el responsable y el culpable de ganar, o no, esa lucha<sup>113</sup>. Es él, el individuo, y no la sociedad, quien tiene que resolver ese conflicto.

Pero, si invertimos esa misma relación y no es el individuo quien tiene que resolver esa contradicción consigo mismo, sino reconocemos que, como él, millones de personas en el mundo se encuentran en igual condición, entonces el conflicto ya no es contra el individuo, sino contra la cultura.

Por eso, en los testimonios que he recuperado (durante largas horas de entrevista), intento sistematizar, a partir de los discursos, los elementos que les son comunes y en donde, sin plena conciencia, aparece, en forma de frases, construcciones narrativas, enfoques y perspectivas del propio entrevistado, aquello que, aunque asume como propio e individual, se vislumbra como reflejo de un malestar colectivo, recurrente, continuo, que se incrementa con el paso del tiempo o con nuevos detonantes y cuyas consecuencias, en muchos casos, resultan funestas para sus propias psiques, sus propios cuerpos o sus propias vidas.

El objetivo es analizar, a través de las categorías de identidad, normalidad, felicidad, productividad/cansancio y simulación/apariencia desarrolladas en el capítulo anterior, el efecto de ellas en los discursos de entrevistados y cómo estos elementos se vuelven fundamentales para comprender que el malestar individual es sólo una forma de representar un malestar que atañe a los integrantes de una sociedad y que, a través de múltiples mecanismos, y cada vez con más insistencia, aparecen en ámbitos cada vez más íntimos de nuestras vidas hasta insertarse como parte inherente a nosotros mismos: es decir, en la propia identidad.

En su libro *Into the Woods*, Jung habla del arquetipo, del viaje de un protagonista en cada serie, novela o película. Hace una diferenciación entre querer y necesitar. Dice que al principio de una historia el personaje tiene que querer algo, como una aventura, una casa, una familia. Pero, al final entiende que lo que quiere no tiene tanta importancia como lo que

---

<sup>113</sup> Como se mencionó en el capítulo anterior, el error de Freud fue colocar al inconsciente en el interior del cerebro del individuo y no dentro de la narrativa social que rodea al individuo.

necesita y, es la realización de esa necesidad que hace al héroe trascender durante la película o la serie.

Cada uno de los testimonios aquí presentados es una construcción de ese arquetipo narrativo pues nos muestra un personaje atorado en lo que quiere, no en lo que necesita. De hecho, no puede darse cuenta y puede no ser capaz de notar lo que necesita realmente. Porque lo que quiere se lo da el mercado, envuelto para regalo y en cómodas mensualidades. Lo que necesita, lo tiene que buscar, porque se lo han robado; lo tiene que encontrar y luego pelearlo con uñas y dientes porque el mercado, el Estado y todas las narrativas que le rodean le convencen de que no es cierto, que no existe...

Es un complicado telar entretejido de vidas y situaciones chocando unas con otras, tratando de encontrar felicidad, cuando lo que necesitan tal vez sea otra cosa.

### 4.3. Estructuras narrativas de los testimonios

El cine, la televisión y las redes sociales –en general, lo que consumimos–, permean e influyen en nuestra manera de ver al mundo, al otro, al yo y a la interacción entre estos. En general, fija axiológicamente nuestra manera de absorber ideas y moldear lo que percibimos por realidad.

En principio, hay que aceptar que la industria cultural que consumimos es, casi exclusivamente, la cultura popular estadounidense. Ha tenido un gran impacto en el resto del mundo, pero sobre todo en América Latina debido a diferentes circunstancias que no abordaremos aquí.

Por decirlo en números gruesos, hasta un 80% o más del producto audiovisual que consumimos es americano o en su defecto, moldeado por los estándares americanos. La estructura misma de una gran mayoría de guiones de cine, series televisivas y programas culturales se ha estandarizado a la propuesta americana con su secuencia, convenciones y géneros que la industria ha aceptado e impuesto.

Esto ha hecho que en los últimos 60 años veamos como costumbre cierto patrón de resoluciones para las historias, este patrón no es otro que el siempre necesario final feliz.



La explicación puede ser variada, sin embargo, habremos de anotar que este patrón de narración vende: hace sentir bien al espectador, la narración es sencilla –tres actos: presentación, chico conoce chica, resolución de problema– y, por el efecto aspiracional, sostiene el deseo de seguir narrando historias similares.

Por ejemplo, si miramos la cantidad de películas que muestran luchas de personajes contra adversidades abismales, encontraremos algunas cosas en común, entre ellas la cualidad narrativa de que siempre la historia, a pesar de lo mal que pinte el panorama, terminará de forma feliz de una u otra manera para el protagonista. Esto puede estar representado por esperanza, aprendizaje, emparejamiento o literalmente con un aplauso público: un final cálido en el que todos toman el chocolate calentito frente el fuego de una gran chimenea<sup>114</sup>.

Muchas veces, el protagonista, simplemente por ser el protagonista, merece y debe terminar triunfante. Es inevitable que, en el imaginario, se introduzca la idea individualista de que, en la vida, existe un único protagonista. Su representación en la fantasía es que, por el simple hecho de ser yo, todo saldrá bien, basta con quererlo y esforzarme un poco, el deseo será concedido.

Esto, invariablemente, da una idea lineal de la vida, donde como si fuera una narrativa, llegaremos eventualmente al final feliz y ahí termina todo; incluso metiendo en la ecuación cosas como el destino o el famoso “todo pasa por algo” como si el universo todo el tiempo complotara para que particularmente tú obtengas algo de él; como si nuestra existencia fuera la única realidad que se está contando, como si fuéramos los protagonistas de una película.

Este tipo de historias nos hacen sentir bien, de una forma u otra nos dan las sensaciones que queremos sentir y a las que nos hemos acostumbrado. Pero, como psicoterapeuta, me he preguntado: ¿Qué pasa que todo el tiempo escucho las historias contrarias? ¿Qué pasa cuando las historias que me cuentan no tienen linealidad, no son narraciones heroicas y no tienen un final feliz? ¿Dónde acomodo las narrativas de las personas reales? – versus las narrativas que, me dicen, debieran ser las reales.

---

<sup>114</sup> Las películas de superhéroes sólo serían la muestra apoteósica de este esquema narrativo.

El ejemplo más claro es Karen (21) (AE)<sup>115</sup>, Que me envía su autobiografía hace unos meses<sup>116</sup> y con la que llevo casi un año trabajando:

*Pues bueno aquí va. Soy una chica de 21, desde hace rato ya que siento ansiedad. . . Aunque realmente nunca le tomé importancia. . . Verá usted. . . todo esto que yo recuerde comenzó cuando estaba en el Kinder. . . Si sonará muy estúpido lo sé, todos siempre me lo dijeron, "una niña tan pequeña no puede tener problemas", "a su edad solo son caprichos", "solo necesita que le den atención", "solo lo hace para llamar la atención".*

*En fin, desde pequeña he sido alguien "llenita" o gorda como suelen llamarme, siempre eh fingido que nada de lo que me dicen me afecta, aunque en el interior solo grite, llore y tenga ganas de cortarme las venas, a los 5 o 6 años es obvio que no tendría esos pensamientos, pero aun así después de estar un rato siendo la burla de las demás niñas te das cuenta de que realmente estás sola en el mundo. . . Pero tienes a tu madre para apoyarte. . . ¿Cierto?*

*No lo es, no siempre está para ti. . . Al principio creí que ella era en quien podría apoyarme para estar bien mentalmente, creí que estar con ella me ayudaría, todo eso es verdad hasta que te das cuenta de ella le cuenta todo tus problemas a tus tías y se ríen por qué solo eres una niña que no comprende lo que es "vivir una vida difícil".*

*Después de eso por un tiempo comencé a ser más retraída con lo que le decía a mi madre, en la primaria piensas que estarás mejor y que todas querrán ser tus amigas, pero te das cuenta que todas aún así se guían en tu físico y no en tu personalidad. . . Pero de qué te sirve la personalidad si a ellas les gusta Barbie y a ti te gustan las luchas, a ellas les gusta el rosa q tí te gusta el azul, ellas quieren ser princesas y usar vestido y tú prefieres usar pantalones y camisas con monstruos que están de moda. . . Que caso tiene el querer entrar en el círculo de niñas huecas que solo quieren hablar de muñecas y no saben otra cosa. . . Y más aún qué pasa si le dices a tu madre que tú*

---

<sup>115</sup> Al referirme a cada testimonio comenzaré con el Nombre, entre paréntesis su edad (21) y el formato de recogida del testimonio o caso. (AE) Autobiografía emocional

<sup>116</sup> Por ser una autobiografía, he respetado las puntuaciones, los "errores de dedo" y las faltas ortográficas y sólo he estandarizado el formato de la letra y la sangría. En general, se aplica el mismo criterio para todos los testimonios recogidos de esta manera.

*querías hacer un volcán de bicarbonato como tus compañeros pero te dejaron solo dibujando. . . . Solo eres una simple niña más ante los ojos de la autoridad, cada año al llegar las fiestas de halloween y día de muertos querías disfrazarte de tus monstruos de temporada favoritos pero tu madre solo te dice que "las princesas no hacen eso", las princesas tampoco tienen mega pedos mentales o tal vez si los tengan, pero nunca los demuestran por miedo al que dirán.*

*Después de un rato de acostarme a las constantes burlas de tus compañeras recibes la noticia de que te cambiarán de escuela y piensas que todo mejorará pero estás mal, todo sigue igual, mismo destino diferentes verdugos. . . Entre ellos un miembro olvidado de tu familia.*

*Te encuentras con una prima que coincidentemente estarás en su mismo salón y piensas que ya todo mejorará ahora tienes una amiga asegurada, pero. . . .*

*Los maltratos continúan, no solo de niños estúpidos si no también de tu propia prima, todo por querer ser "cool y buena onda" se convierte en una estúpida hueca que solo te hace peor que una basura. . .*

*Te comienzas a quedar sola en los recreos hasta que llega un niño nuevo a la escuela a leguas se ve que es un niño problema pero ¿que vas a saber distinguir del bien y el mal si lo único que recibes son malos tratos?*

*Al ser solo una niña de 10 años depositas toda tu confianza y salud emocional en esa primera persona que te trata bien, hasta incluso te regala dulces y un lapicero de distintas tintas que cuidas y resguardado como si de un millón de dólares se tratase, tiempo después todos los empiezan a emparejar, a el chico no le interesa y aún así te defiende, tú le enseñas de las clases que el no entiende y el te protege de todos, pronto comienzas a enamorarte de el, sientes que es un sentimiento muy real. . .el próximo año escolar será el momento en el que le dirás qué no quieres separarte del él. . . . Pero la vida te odia y tú tiempo para estar feliz expiró. . . Su madre decide cambiarlo de escuela y vuelves a quedarte sola a Merced de los pequeños demonios que son tus compañeros, después de eso llega una chica nueva y piensas que es otra persona más*

*que te hará sufrir más, pero no, ella es tu amiga. . .tu primera amiga de verdad, la primera que no se burla de ti.*

*Tú temporada favorita del año se acerca y esperas con ansias que sea halloween para poder disfrazarte de lo que quieras como una bruma o un vampiro, pero la maestra hace algo mejor y les pide a todos crear una historia de terror que tenga como protagonistas a todos en el salón y el escenario debe ser el instituto, te emocionas, las ideas en tu cabeza brotan como si de un inmenso océano se tratase, dejas de poner atención en clase por pensar en la tarea, nunca antes te había emocionado tanto una tarea, la maestra solo pedía una hoja de historia tú mente crea una película completa con todos los diálogos perfectamente grabados en tu mente, esperas que tu obra sea algo único, algo especial, algo que te al fin haga que tus compañeros se den cuenta de que eres igual a ellos. . . Pero no es así, por tus apellidos eres de las últimas en la lista y te das cuenta de que todas las historias de tus compañeros son refritos de leyendas populares . . . Llega tu turno de pasar a leer lo que hiciste, pero hubieras preferido que solo la maestra fuera quien leyera la historia. . . En tu inofensivo relato revelas una pequeña parte en tu interior que solo quiere terminar con todo de una vez, una minúscula parte que desea ver a todos aquellos que te hicieron el mal arden en el infierno mientras son atravesados desde la boca hasta el ano con fierros al rojo vivo mientras vez caer su sangre de sus inertes e inservibles cuerpos sin vida. . . Si ya te consideraban extraña ¿Que cambiaría si hacías una masacre estudiantil en tu escuela protagonizada por tus compañeros con muertes explícitas?*

*En fin, sabes que todo acabará al finalizar el año escolar, todo al fin acabará y serás libre del tormento y todo terminará bien para ti, pero no, nunca acaba eso solo es una mentira y realmente lo que sucede es que incluso en el día de la graduación se deben burlar de tu altura y tú complexión por qué no te quedan los vestidos cortos que las demás escogen, obviamente no piensan en la comodidad de las demás, solo piensan en si mismas y no les interesa lo que diga una gorda solo quieren verse bonitas.*

*Todo por fin acaba y puedes alegrarte por qué ya no estarás al lado de esos malditos, ahora puedes tomar un camino diferente en la secundaria, ahora todo mejorará.*

*Cómo dijo Dumbledore una vez "tiempos oscuros se acercan"*

*La secundaria comienza bien y desde que entras te das cuenta de que no hay nadie que te conozca, no hay ningún rostro familiar, eso te alegra, podrás hacer amigos ahora. . . Pero lo has intentado y fracasado tantas veces que ahora ya solo quieres dedicarte al estudio y al pasar desapercibida entre la gente, realmente ya no quieres destacar ni ser el centro atención, eso ya quedó atrás. Ya solo quieres ser una chica promedio que se quiere dedicar a sus estudios.*

*Pero la vida no tarda en darte otro golpe bajo y hacerte ver qué realmente solo eres un objeto en su colección de cosas desechables, solo te utiliza para hacerte sentir mal y poner a todos en contra tuya, inclusive a los profesores que aun cuando te adelantas en el trabajo te regañan por hacerlo.*

*Dejas de intentarlo, tu autoestima ahora está por los suelos, ahora eso que en primaria estaba por los cielos ahora lo sientes más apagado que una flama en un congelador, ya lo único que te queda es encontrar algo en lo que eres buena, ¿Cantar?, No, lo haz intentado pero cuando intentas mejorar solo te callan y te hacen agachar la cabeza como si hubieras echo algo malo. . . ¿Escribir historias, poemas o relatos?, ¿Pero de qué?, Tú madre ya te dejo en claro que no eres alguien que es apta para amar y que mucho menos eres alguien talentosa como para poder ir por ese camino, ¿Dibujar? Eso podría funcionar. . . A menos de que tú madre te regañe y te diga que dejes de gastar los útiles de la escuela, que ella no tiene dinero como para andarlo desperdiciando en tus tonterías, tus "monos esos" solo hacen que pierdas el tiempo que si te acabas tus útiles antes del año escolar ella no te comprará más. . . Vuelves a agachar la cabeza, una lágrima cae lentamente desde tus ojos deslizándose suavemente por tu mejilla, tú madre al notar ésto pensarías que te dejaría de regañar y te consolaría diciendo que todo estará bien, que ya no lo vuelvas a hacer, no sabes por qué está mal pero ya no lo quieres hacer. . . Pero todo eso está en tu cabeza, al notar la pequeña lágrima lo único que escuchas es "y cállate que ni siquiera te estoy pegando". . . Decides intentar dejar de llorar y lo logras recoges todos los colores y los guardas de nuevo en tu mochila y sacas tus juguetes para poder jugar y haces que ellos hablen para tener una "conversación" pero eso igual*

*está mal, no tienes derecho a hablar, no tienes derecho a dibujar, no tienes derecho a nada, no tienes derecho de expresar tus emociones, no tienen ningún derecho, no eres un ser humano con libre albedrío, solo eres un objeto más, eres como un mueble, o como un aparato electrónico, solo estás ahí existiendo en un espacio junto a otras personas que no te consideran parte de la familia, para ellos solo eres como un perchero o un objeto que se pueden pasar los unos a los otros, solo eres algo reemplazable en sus vidas, pero igual eres importante para ellos, pero ¿Por qué me consideran importante? Es fácil, yo solo soy aquel objeto en el cual pueden depositar su ira, soy ese recipiente que por más que le hagas o digas algo solo estará ahí inmóvil, callada, sin pensamientos sin derechos a contradecir o a expresar tus emociones. . . No si son negativas, solo estás obligada a permanecer sonriente y parecer una niña bien, una niña sana que solo quiere estar al lado de su príncipe de cientos de hadas que la haga feliz, una niña que solo debe pensar en complacer a ese hombre al que llegue a desposar para poder sentirse completa y debe tener hijos para educarlos como niños de bien, solo eres una niña encadenada a los prejuicios, una niña que debe ocultar todo lo que es por temor a volver a ser lastimada.*

*Ahora tienes 13 años, ya eres toda una "señorita" y las expectativas de tu madre con respecto a tu futuro no cambian hasta que la tragedia regresa a tu vida, aquel único hombre que realmente te protegió de todos aquellos malos comentarios falleció. . . Ahora verdaderamente estás sola, ya no hay nada más que puedas hacer, a la semana de su muerte quieres morir, quieres ir con él, quieres terminar con tu sufrimiento de una vez por todas, evidentemente fallas, lo intentas más de 7 veces en todas fallas, en todas. . .*

*Después de tantas cosas solo quieres encontrar a alguien en quien depositar tu confianza y ver si te puede ayudar en llevar esa carga que llevas desde pequeña, esa de la cual tu familia no se esfuerza en conocer.*

*Al principio todo va bien, pero gracias a tu maldita inseguridad la cagas, tu en ese momento novio termina por buscar a alguien mejor, a alguien a quien no tenga que cuidar, alguien que si éste bien de la cabeza, alguien que no seas tú, lo intentas una vez más, y otra más y otra más, en ninguna funciona evidentemente, lo intentas una*

*última vez, todo va bien, entre ambos se ayudan y se mantienen en calma, sientes que es el indicado pero no es así, todo se desmorona una vez cuando descubres que se besó con otra chica y no te enteras por qué un amigo te lo dijera, te enteras por qué el mismo te dijo, al principio no lo crees hasta que te envía fotos de lo sucedido, ahora todo se fue a la mierda, qué caso tiene vivir si ya no estará nunca más contigo, retomas tus antiguos métodos para aliviar el dolor, pero esta vez lo harás de verdad, te tomas más de dos cajas completas de pastillas para el dolor de estómago, al poco tiempo te arrepientes y vas al hospital, ahora todos te tratan como una suicida, pero mientes. . . Se te dió bien toda tu vida, es hora de cosechar esos frutos, ahora es hora de librarte de lo único que te puede salvar, mientes incluso a la psicóloga para que te dejen ir, después de eso te preguntas, ¿Por qué no dije nada?, Una voz en tu cabeza te lo recuerda una y otra vez . . . cobarde!!!!, Un susurro agudo pero entendible, decides dejarlo pasar y ahora quieres hacer tu vida normalmente.*

*Sigues fingiendo ser feliz, pero sabes que todo es mentira, nunca nada cambiará, por más que quieras que te ayuden sabes que solo eres una prisionera y esclava de esa sombra de tu pasado, los síntomas empeoran, aveces te dan pequeños temblores, o comienzas a llorar o incluso a lagrimear, tienes problemas para permanecer despierta, aún con un buen trabajo lo único que quieres hacer es dormir y estar acostada en cama, que nadie te moleste y que no te digan lo que debes o no debes hacer, quieres estar sola, solo quieres comer hasta llenar ese vacío que sientes, solo quieres poder dormir y no despertar jamás, ya no quieres hacer, ya no tienes ganas de nada, públicas dibujos en distintos sitios para que te digan algo lindo de ellos pero solo esperas hasta que reaccionen y si no lo haces sientes que eres tan mala y tus dibujos dan asco y los borras como si nada pasara, ya no quieres dibujar, pero a la vez eso te ayuda a expresar lo que sientes.*

*Bueno supongo que eso sería todo, esa es un resumen de mi historia, lo siento si es largo y muy aburrido, de todos modos no espero que lo lea, solo quería desahogarme un poco.*

*PD. Y antes de que comente "tu mamá solo te quiere apoyar, confía más en ella" evitese escribir eso, realmente yo la conozco, ella nunca me tomara en serio y*

*realmente está más metida en mi hermano que en saber algo sobre mí, incluso en mi cumpleaños de este año yo tuve que recordarle comprar mi pastel, en todo el día no me dijo nada relacionado a eso, ni en la mañana al despertar ni estando en su trabajo todo el día, era casi media noche y yo tuve que decirle si me podría traer un pastel y al final "se le olvidó" que mi fruta menos favorita es la fresa y me trajo un pastel solo de fresa.*

*Por favor no trate de que me sienta mejor con mi madre, esa solo es una pequeña parte de todo lo que me ah echo. Gracias (Karen(21)AE, 2019)*

La historia de Karen (21) (AE) es todo lo contrario a la convención narrativa y argumental. No por nada cada párrafo deja una sensación de vacío e incompletud. Al final sólo queda la incomodidad. Es una narración que confronta al lector con sus variados temas y conflictos, tanto internos, como externos. Su lectura es pesada y cansada por reiterativa. La vida de Karen no es diferente.

Derrumba el paradigma del final feliz al que estamos acostumbrados en las narraciones, derrumba la concepción lineal que tenemos de la vida, como si estuviera relatando algo que no llegara a su conclusión (de hecho, no llega). Esto lo vemos con su búsqueda de objetivos, sus metas. Precisamente estos están perdidos en una ilusión lineal de la vida. Todo el tiempo cree que debe conseguir algo específico para sentirse satisfecha o dichosa.

Karen (21) (AE), en cada etapa de su vida cambia los objetivos que ella cree son la solución para por fin ser feliz y superar su depresión y complejos; quiere ser normal y (al mismo tiempo) quiere ser especial, quiere tener una autoestima a prueba de balas y quiere sentirse querida.

Internamente se pone objetivos como cambiar de actitud, ser mejor persona, ser mejor amiga; todos estos, sin embargo, terminan siendo metas ilusorias. Al cumplirse nada cambia y ella se siente vacía por dentro, por más que se acerca a la cima de lo que ella considera la pirámide de su vida, nunca alcanza a llegar y por ende llega a la desesperanza.



Lo que cuesta darse cuenta es que no existe la cima, que no hay una última página en el libro de la vida, que siempre hay un día después del final feliz. La vida como si fuera una narrativa, no tiene un cierre. Están los conflictos después del matrimonio, los conflictos después de ganar un Oscar, los conflictos después de abrir una empresa. La vida es una constante de escalera que termina el día que morimos.

Karen y la mayoría de las personas que vienen a mi consulta con depresión ven a la felicidad como si fuera un estado que se alcanza, como una meta tangible que haciendo determinadas cosas, logrará tener y se quedará con ellos para siempre. Sin embargo, me escucho a mí mismo repetirle una y otra vez que la felicidad (si es que existe) no es un estado constante, es un vaivén, un estado transitorio, hay valles y crestas y nunca está ahí para quedarse. En cualquier caso, es más una experiencia espontánea que creada y sale mal cuando se le constriñe porque así no funcionamos los humanos. A ella no le gusta nada esta perspectiva.

La paradoja es que, en esta sociedad, todos, desde cierta perspectiva, podríamos decir que estamos en la cima de la pirámide o en el fondo del pozo. Sin embargo, nadie es feliz, nadie parece estar satisfecho, todos tenemos escalones que nos faltan.

Volviendo al individualismo y a la perspectiva que tenemos de nuestra propia existencia, la narración de Karen (21) (AE) igualmente rompe con este paradigma; en donde en la historia hay un bueno que quiere algo y fuerzas externas complotan contra él hasta que consigue salir triunfante. Ese bueno siendo siempre identificado como nosotros, como los buenos, los normales, los sanos, siempre esconde una aspiración mayor: ser dignos.

En cualquier narración, ya sea escrita o hablada, nos vemos siempre como el protagonista y casi siempre como los buenos de la historia. Sin embargo, es muy interesante hacer el ejercicio de preguntarle al otro cuál es su perspectiva. Porque, a veces, somos el antagonista para alguien, a veces somos la adversidad misma; y, generalmente, somos personajes secundarios. No siempre la vida nos recompensa por ser buenos o por esforzarnos, no siempre habrá una proporción equilibrada entre lo dado y lo recibido. Para las personas que acuden a mi consulta, esto es, sin duda, la visión más desesperanzadora de cualquier narrativa. Cuando lo descubren, se sienten traicionados.

De cualquier manera, cada persona ofrece una perspectiva distinta de las mismas adversidades. Cada uno de ellos se siente sólo y aislado en su experiencia de vida, cada uno se sabe infeliz y poco (o nada) exitoso en el acto de vivir (como dios manda), todos experimentan cansancio y hartazgo, la mayoría esperan que el modelo de atención les brinde –les devuelva– la felicidad añorada, de una vez y para siempre. Cada uno se siente anormal a su manera; raro, extraño, diferente, fracasado.

Es por eso que despiertan incomodidad, pues al leerlos, se percibe lo que está mal en todo el sistema, se muestra la derrota y el silencio al final del grito... y lo que también hacemos las demás personas para que funcione así.

### *El nuevo paraíso perdido y la nueva tierra prometida: Éxito*

*Me siento fatal. ¡Traigo un maldito bajón!! hasta me duele la cabeza por mi lucha interna. No puedo darme el lujo de deprimirme porque soy quien sostiene el timón en mi casa. Siento que en cualquier momento voy a claudicar y tendré un colapso (Paco(42)EI, 2020).*

A pesar de que el cristianismo ha perdido potencia, en tanto religión, ha dejado su simiente a través de otras formas de ideologización presentes en la sociedad contemporánea. Los sacerdotes han dejado su lugar –lo mismo a locutores, youtubers, influencers y diversos tipos de comunicólogos–, que, a medios de difusión masivos y culturales, desde el cine y la literatura hasta, incluso, posturas científicas, académicas y epistemológicas que, a través de su metodología, defienden, sin plena conciencia de ello, el aparato ideológico del que se sostienen. Al día de hoy, no hay mejor sotana que una bata blanca, ni mayor sacerdote que un médico.

Ideas como el progreso, el crecimiento o el desarrollo se sostienen de la persecución incesante de un estado superior de la sociedad, de la cultura, de la economía y del ser humano en general. La búsqueda de un estado superior de existencia, en cualquiera de sus planos, supone, al mismo tiempo, la existencia de un estado inferior. Incluso la linealidad

del tiempo, supuesta por la modernidad eurocéntrica, presenta al pasado como un estado previo e inferior del presente y al presente como una etapa que deberá llevarnos al futuro. Así, mientras el paraíso es la felicidad. El futuro es la nueva tierra prometida.

A su vez, la pérdida de oportunidades para conseguir mejorar ese futuro aparece como un fracaso de las sociedades, en tanto que no logra ser más de lo que hasta ahora ha sido. Esta pérdida de oportunidades supuestas aparece como el nuevo paraíso perdido.

Pero esta relación de éxitos y fracasos, traducido en los individuos, aparece como un interminable conflicto interior entre lo que se espera de él, lo que es y lo que ha sido. Y la relación entre éxito y fracaso está determinada por el grupo social al que pertenece, qué le exige un posicionamiento determinado dentro del esquema social.

*Soy un fracaso en todos los aspectos de la vida, cambio métodos, estrategias, maneras de hacer las cosas y siempre fracaso. Cuando inicio algo, cuando inicio un nuevo cambio, lo hago con todo el optimismo y entusiasmo, pero al final caigo como siempre estrepitosamente... me he levantado cientos de veces y aun sigo en el mismo hoyo, sin avanzar... siendo la vergüenza de mi familia. No sé si es que no estoy hecho para el sistema o no me adapto para él... estoy con desesperanza, con ganas de desaparecer, sin embargo no quiero morir! ¡Siento vacío, miedo y vergüenza para el futuro! ¿Como obtengo ánimo y fuerza? (Orlando(45)CE, 2020)*

Pero esta exigencia no aparece, en la imagen del individuo, como exigencia de grupo, de la comunidad o de la cultura, sino como exigencia meramente personal. Las exigencias sociales aparecen, así, como deseos individuales. A través de éste galimatías, la exigencia social se individualiza y se convierte en punitiva para el individuo por el individuo mismo. Aparece –ante sí– como incapaz de lograr aquello que *él mismo se exige*, que *él mismo dice desear*.

*La verdad es que nunca me he tratado con ningún médico o terapeuta. Pero hoy me dio un ataque horrible. Despierto y me siento con una tristeza muy profunda, todo el tiempo quiero estar llorando. Pero solo es en ocasiones. Siento miedo de todo y de pronto algo se para en mi cabeza y no me deja pensar. Se me olvidan las cosas que digo y que hago y eso que se para en mi cabeza sigue ahí. Hoy me salí de mi trabajo*

*porque no podía estar así, tenía mucho miedo y no se de qué. Comencé a llorar hasta que me duele el pecho. Todos me dicen que no debería de estar triste tengo un techo, comida, familia, pareja, trabajo estable. Pero me sigo sintiendo muy triste* (Alicia(46)CE, 2018).

“La vida es corta, y aun así nos aburrimos”, escribe Jules Renard (Dominguez, 2015) en su diario. La pereza, amiga íntima del aburrimiento, es considerada como uno de los siete pecados capitales. No está bien visto aburrirse. Al que se aburre se le dice de todo menos algo bonito: que si le falta imaginación, que si no sabe pasársela bien, que si no tiene espíritu... “Eres un aburrido”, me han dicho más de una vez, y con ello quieren decir que uno es un tipo tirando a tristón, sin ideas, muy poco interesante. Cioran (2002) puntualiza que “[...] en estos momentos el hastío tiene mala prensa; de alguien que se aburre suele decirse que está vacío, lo cual no es cierto, pues ese vacío conlleva una explicación del mundo”.

Además, esta misma exigencia social no aparece como punitiva, sino como exclamación de un incentivo. La cultura popular difunde, a través de los múltiples medios de comunicación de los que dispone, una ideología que el individuo asume como propia: *Querer es poder, ¡Lucha por tus sueños!* y, la muy memorable –que marcaría a toda una generación de finales del siglo XX–, el eslogan publicitario de una marca deportiva: *Just do it: Sólo hazlo.*

Estos mismos medios de difusión presentan incesantemente la forma en que el éxito se representa: Autos deportivos, casas en la playa, empresas en un trigésimo piso de un edificio de cristal, viajes a lugares exóticos; pero, también, su versión más democrática: familias felices; títulos académicos, hijos plenos y satisfechos, logros personales, ascensos, incrementos salariales, primas vacacionales y aguinaldo a final del año que nos permita compras que no es posible adquirir con nuestro salario convencional.

Frases e imágenes se confabulan para reproducirse en la sociedad. Sin embargo, su inmediatez, su cortedad, elimina de antemano todos los avatares que un ser humano convencional tendría que atravesar para conseguir lo que esas frases e imágenes le proyectan.

*He conocido a una persona con la cual estamos muy bien, pero ayer hablando sobre lo que es la vida dijo cosas como " el que quiere, puede" que "todo depende de uno", y etc. Yo le dije que a veces uno no puede, que disienta en ese comentario. Y él me dijo que el paso por adversidades muy duras en su vida y que salió adelante y que hay que llenarse de pensamientos positivos, etc. La verdad me hizo sentir ¡MUY MAL! Yo, a pesar de que hago terapia y estoy con medicamentos, he tenido avances, pero todavía siento que no puedo lograr nada en la vida y que todo carece de sentido. Siento que esta persona, cuando descubra esa parte mía, no va a apoyarme, se va a ir, quizá exagero, pero es lo que siento. Se me incrementó aún más la angustia, otra vez esta sensación de sentir que nadie me comprende y que nada tiene sentido.*  
(Carolina(36)EI, EI, 2019)

*Just do it: solo hazlo.* Como si bastara la sola invocación para qué, de improviso, *lo que deseamos*, apareciera en nuestras vidas. Desaparecen de antemano todas las implicaciones sociales, políticas, culturales, económicas, y largos y largos etcéteras, que evitaran que la fantasía se realice. Y, no obstante, paradójicamente, aparecerá como una realidad ineludible.

Martha (CE, 2020), por ejemplo, ama su vida, pero hace poco se dio cuenta de que estaba totalmente desbalanceada y que era insostenible. No había tiempo para hacer ejercicio socializar, relajarse ni ir al baño en un día normal. El patrón se repetía con sus hijos, quienes parecían estar como conejillos de Indias, corriendo todo el día para ir a la escuela, estudiar y trabajar sin descanso. *He creado una dictadura casera de jóvenes y adultos que trabajan sin balance. Nos estamos dirigiendo a un burnout mental y físico absoluto*, escribió.

El éxito está a la vuelta de la esquina, sólo tienes que ir y tomarlo. De no conseguirlo, el fracaso también estará presto en la siguiente esquina. Pero no todo estará perdido, porque *mientras hay vida hay esperanza*.

Desde la perspectiva individual, siempre son otros los felices, los que sí lo logran, los que sí lo consiguen. Es uno el que no es capaz. Incluso los pequeños logros, los pequeños ascensos, son vistos, también, como formas de fracaso. Porque al llegar a ese

punto, la satisfacción prometida no es suficiente y, por tanto, se convierte en insabora e insípida.

Entonces, hay que seguir al peldaño siguiente donde, ahora sí, el éxito estará completo y la satisfacción será plena. Después de años, acaso décadas, aparece la inevitable derrota: *No soy feliz; no puedo serlo*. Comienza así la consciencia inevitable: *la derrota*.

*El aumento de mi angustia se convertía, además, en una abrumadora sensación de culpa. Yo era una mujer blanca de clase media con un buen trabajo, excelentes amigos y familia, con casa propia, quejándome de que la publicación de mi primer libro me ponía triste. Era la encarnación viva de los #firstworldproblems. ¿Qué derecho tenía de ser una llorona? (Stark, 2018)*

### *Yo soy el que soy: La tragedia de la identidad.*

*Cada día empeoro, me siento como zombie.. Solo despierto y salgo de mi cama por cumplir, No tengo esa ansia de vivir. Estoy diagnosticada con depresión... No empecé el tratamiento. Es muy caro, soy pobre y no sé si realmente me ayude (Rafaela(30)CE, 2020).*

La teoría de la identidad enmarca, en una serie de características, lo que define al sujeto. Pero no sólo eso. La identidad no sólo define lo que se es, define algo mucho más intrusivo: lo que se debe ser.

La identidad no sólo es una versión positiva, también negativa. Porque, al definir al sujeto y determinar lo que es y lo que debe ser, al mismo tiempo, determina lo que no es; *lo que no debe ser*.

Esta negatividad, aunque velada, es inherente a su acción afirmativa: decir que algo es, implica decir todo aquello que no es, que no puede ser, para que sea.

*Ya fue suficiente; Ya no puedo más , me siento débil , estoy cansada de que todos me ignoren , me rechazan, nadie me dirige la palabra , duele mucho , que hasta mis propias amigas hagan eso , pero la culpa es solo mía por ser así , por no tener nada*

*que contar , no ser divertida ni sociable, ser asocial , no tengo ningún motivo de seguir viva , en estos momentos solo tengo ganas de acabar con esta vida, quiero gritar quiero que todos sepan mi dolor , tengo ganas de llorar , mi vida es una mierda , mi familia ni cuenta se da que estoy sufriendo mucho , me siento sola yo no puedo con esto , ya no , he trato de cambiar para ser alguien mejor pero no puedo , todo sigue siendo igual , ya no puedo más (Miren(26)EI, 2018).*

Decirle, pues, al sujeto lo que es y lo que debe ser implica negarle, implícitamente, todo aquello que podría ser, si no fuera lo que es. Definirlo es, al mismo tiempo, eliminar su potencial y sus posibilidades, en tanto que la definición lo determina y construye una versión acotada y reducida de sí a causa de su definición.

Para poder definirlo, es preciso determinar exactamente los límites de su identidad; por lo tanto, la identidad se contrapone a la subjetividad, en tanto que ésta última consiste, precisamente, en no tener límites determinados per se. Por tanto, la identidad dejará fuera a la subjetividad y, entonces, al objetivizar al sujeto, elimina su calidad de tal, para convertirlo en objeto.

*Soy técnico en sistemas y telecomunicaciones; pero todavía no siento lo que me gusta hacer. No tengo un trabajo estable y, por más que busque, no me dan, porque me desmotivo y no sigo buscando empleo, y la mayoría de trabajos que salen para mí son en callcenter, y la verdad nunca me han gustado esos trabajos. Ya llevo mucho tiempo sin empleo y vivo con mi madre, pero ya con 35 años y "mantenido" en la casa, me da hasta vergüenza ya. He trabajado de todo, desde auxiliar en albañil, hasta carpintero, pero no es lo que me gusta, sino lo que me toca, porque es lo único que me ha salido. Siento que se me está pasando mi vida y no le hallo esperanza y un gusto por hacer las cosas y por la vida. Quisiera montar un negocio propio, pero todo en esta vida es difícil, y más para mí, que no puedo, por mis miedos, la depresión, la ansiedad, etcétera (Rafael(35), 2019).*

En la mayoría de las veces, la forma en que construimos un relato determina el nivel de importancia que le asignamos a los elementos del mismo y, cuando el relato corresponde al de nuestra propia vida, aparece aún más revelador.

En muchas culturas contemporáneas, la pregunta *¿Quién eres?*, lleva implícito el *¿qué haces?* Y esto se vuelve parte de la definición que una persona hace de sí misma y, aún más: lo que no se es, lo que no se quiere o se puede ser. Rafael afirma y, al hacerlo, niega en seguida. Cada una de sus afirmaciones va acompañada de una inmediata negación: “Soy técnico en sistemas y telecomunicaciones; pero todavía no siento lo que me gusta hacer”. Su carta de presentación es aquello que dice ser, pero lo que ofrece como respuesta no es lo que es, sino lo que hace, su *profesión*.

Se asume que esta fórmula es propia del lenguaje y que a la pregunta *quién eres*, todos responderemos con nuestro nombre y nuestra profesión, pero, al mismo tiempo, se asume como condicionante cultural que exige del sujeto una determinación de su oficio o cualidad. Rafael nos da la respuesta y en seguida nos la niega: “pero todavía no siento lo que me gusta hacer”. Si lo que hace aparece como la determinación de lo que es, “no sentir lo que le gusta hacer” determinaría que no sabe lo que quiere ser. Y, sin embargo, sabemos lo que es a través de lo que no es.

Esta forma de construcción, basada en su relación profesional, que a su vez determinará su condición económica y su estatus social, elimina, o al menos oculta, múltiples subjetividades que forman parte de él mismo. No obstante, todo aparece como una relación determinada por la falta de trabajo, de ganas y de expectativas. Hay una reiteración constante: *Soy esto, pero no quiero serlo*. Hay, en el relato, una continua contradicción. *He trabajado de... pero... Quisiera montar un negocio... pero...* La misma fórmula repetida interminablemente. Y a cada intento, ya sabemos la respuesta. La idea de fracaso aparece incluso antes que el fracaso se concrete. Hago, pero no me gusta: fracaso. Quiero, pero no encuentro: fracaso. Tengo 35 años y vivo con mi madre: fracaso. Soy un mantenido: fracaso. “y más para mí, que no puedo, por mis miedos, la depresión, la ansiedad, etcétera”: fracaso.

Llama la atención que, en muchos de los casos el síntoma clínico aparece como causa: “si no tuviera miedo, si no tuviera ansiedad, si no estuviera deprimido, entonces...”, y no como efecto de otras causas. Como si esta sintomatología fuera el motivo en sí mismo, ajeno a cualquier otro.



En parte, esta percepción está dada por el enfoque clínico que durante siglos se dedicó a atenuar el malestar y no a sus causas.

En el relato de Rafael, el motivo de todo lo que le ocurre es el miedo, la ansiedad, la depresión. Si lo curamos de todo eso, entonces sí que podría, sí que sabría, sí que querría. Incluso, “pondría un negocio”. Desaparecen así las causas que han provocado todo eso, las causas personales, pero, sobre todo, las causas estructurales que provocan que, al mismo tiempo que no se desea hacer lo que se hace y solo se hace porque es “lo que te toca”, como un destino ineludible, se sienta culpa, vergüenza y deseos de justificación. *Todo esto me pasa porque soy así, pero si no fuera así, no me pasaría todo esto.*

Desde el discurso individual, desaparecen los elementos estructurales que definen al sujeto. Un hombre, de 35 años, *debería de tener un trabajo estable, no debería vivir con su madre, y ya tendría que saber lo que quiere de la vida.* La imposibilidad de obtenerlo aparece como propia culpa, como incapacidad individual, como ineficacia para conseguirlo. Desaparece su contrario: que su condición educativa o social no le permiten conseguir otra cosa, que las condiciones de empleo generales reducen sus posibilidades, que estas posibilidades de elección son limitadas, que entre más se intenta, sin conseguirlo, más se incrementa la ansiedad, los miedos, la depresión. Se establece un círculo vicioso en donde, aquello que se asume como causa, se incrementa ante una nueva razón de ansiedad, de miedo y depresión, a causa, no sólo de lo que no se es, sino de lo que no se ha sido, de lo que no se ha cumplido como debiera y, como el Ágora ha anunciado, de lo que no se cumplirá.

En la sociedad occidental, urbana y convencional, la propia condición de hombre, de varón, lleva implícita su condición de proveedor. Desde la perspectiva occidental, el varón es el encargado de ser el proveedor de sí mismo y de los suyos; al no conseguirlo, habrá fracasado en dicha condición. Además, la edad se vuelve un factor aún más determinante. “A mitad del camino de la vida, en una selva oscura me encontraba, porque mi ruta había extraviado”, así comienza Dante Alighieri “La Divina Comedia”. Rafael no lo sabe, pero sus palabras son un eco de un libro escrito a principios de 1300, en la Toscana, y que son la frase con la que inicia la primera parte del libro: El Infierno.

Para Rafael, a la mitad del camino de su vida, más de 700 años después, y a miles de kilómetro de distancia, la vida es un infierno. Sin Virgilio.

Desde la perspectiva individual, Rafael no sabe, no puede saber, y ni siquiera quiere, que sus palabras son reflejo de millones de personas que, como él, se asumen derrotados por no cumplir el destino que se les ha asignado sin saberlo. Más aún: es precisamente a través del individualismo que se ha logrado, que, aquello que funge como una imposición social a través de la modelación de un ser humano y su presunto deber ser, aparezca como una decisión individual, libre, propia del sujeto y, por tanto, si es el sujeto quien libremente ha decidido lo que debe ser, al no cumplirlo, es él mismo quien se traiciona. Y qué mayor culpa habrá que traicionarse a sí mismo. Ha fracasado como hombre, como proveedor y, *a la mitad del camino de la vida*, es un mantenido de su propia madre. Y eso *no es normal. Yo no soy normal. Yo soy lo que soy, pero, lo que soy, es lo que no debí haber sido*

### *La normalidad: Lo que debí de haber sido*

*Llevo una semana con tristeza y pensamientos suicidas, me pregunto por qué dejo que la depresión me domine, lloro y me calmo, pero al momento tengo ganas de llorar nuevamente. Ya no encuentro motivación alguna a nada. Solo me queda esperar a tener el valor de quitarme la vida y ser libre por fin. Espero ustedes entiendan porque mi familia me cree loca (Miranda(31)EI, 2019)*

La identidad, para definirse como tal, establece el parámetro que han de seguir todos los sujetos identificados. Establece una generalización totalizadora en donde cada sujeto debe corresponder a los límites impuestos por la identidad. Al determinar esos límites en cada uno de los miembros de la sociedad, estos se normalizan. La normalidad entonces es la generalización de la identidad. Al generalizarse, todos los sujetos de una sociedad deberán responder a este modelo; de lo contrario, serán anormales.

La anormalidad rompe con la normalidad, evidencia que no todos forman parte de la misma realidad modelada. Porque, si es posible que existan sujetos fuera de la norma,

entonces, del mismo modo que la normalidad se ha establecido a causa de la modelación, la anormalidad también aparece como posibilidad, lo que evidenciaría que la generalización, establecida por la normalidad, no es absoluta.

Para evitar la crisis, es preciso mostrar a los anormales como errores del sistema, como inadaptados, como renegados, como criminales, como pecadores y, en última instancia, como enfermos. Y, para cada uno de ellos, el sistema de normalización tiene una respuesta: los inadaptados se educan, los renegados se separan, los criminales se condenan, los pecadores se redimen, los enfermos se curan.

La educación es la parte más importante del proceso de normalización y adaptación. Y es la forma en que todos los miembros de la sociedad participan en ella. El proceso de normalización comienza con los padres, que a su vez han sido educados por sus padres y éstos por los padres de sus padres; el trabajo continuará con los maestros, se extenderá a través del mundo laboral y, finalmente, a través de las redes de la nueva familia y de los nuevos compañeros y amigos que construyen la red de sociabilización del sujeto. En torno a ello, gira permanentemente otra forma de educación no institucional, pero institucionalizada.

Libros, películas, series, programas de televisión, gurús de los medios de comunicación masivos, nos seguirán educando interminablemente, nos seguirán mostrando la forma ideal del ser humano exitoso, nos seguirán diciendo en qué nos hemos equivocado y qué tendremos que hacer para corregirlo. Las pequeñas dudas serán resueltas con la afirmación de las verdades; las pequeñas tristezas, con nuevos motivos de felicidad; los pequeños fracasos, con nuevas promesas de éxito; las cosas que no van bien, con nuevas recetas de cocina. Y, así, todo regresará a su cauce. Con el tiempo, nosotros mismos reeducaremos a otros para mostrarles el camino.

Pero no todo es tan fácil. Un grupo que se asume cómo aún más pequeño dentro de la sociedad, de ahí que se les llame *minorías*, son más resistentes al proceso de educación; se intentan varias vías, cuando ninguna funciona, son apartados; se evidencia su inadaptación ante los otros y se les pone como ejemplo, tanto de inadaptación como de fracaso; no del sistema, sino fracaso para ellos mismos. Y nadie quiere ser un fracasado.

*Mi vida es una mierda. Mi vida no tiene sentido , no sé el motivo de existir , no hago nada productivo a diario , solo paro encerrada en mi cuarto , no tengo amigas , ni novio , encima en el instituto donde estudio vivo con mi soledad , ya que soy tímida , callada , asocial , tengo dos conocidas , ellas solo me utilizan cuando necesitan algo , me hablan y cuando no , ni me dirigen una sola palabra , aparte de ser alguien bien insegura y callada , no tengo nada que contar , solo sentada en mi pupitre , sin saber que hacer , ni a donde mirar , se siente muy feo esa sensación de no saber qué hacer cuando está sola en la clase , todo había comenzado en la secundaria cuando tenía 12 años sufrí de acoso verbal , se burlaban de mi me ponían sobrenombres y era así de tímida lo siguió siendo , tengo muchos problemas pero aquellos hace que me sienta desganada , sin motivos de vivir , triste , aparte de sentir miedo y vergüenza de lo que puede pasar más adelante , o que será de mi futuro , actualmente mis padres discuten , van a llegarse a separarse , sus gritos se escucha hasta mi habitación , y yo no puedo ni levantarme e ir con ellos y decirles cómo me siento al respecto , o ayudar en algo , siento que ellos se avergüenzan por tener una hija como yo , no me gusta mi personalidad pero no puedo hacer nada para cambiar , si los de mi alrededor no me ayudan en nada solo me siento ignorada , rechazada , y eso se siente muy feo , trato de ser fuerte pero ya no puedo más, quiero acabar con mi vida ... (Norma(19)EI, 2019)*

La criminalización aparece aún más grave porque el sujeto inadaptado ha agredido directamente a los miembros de la sociedad o a sus instituciones y, por lo tanto, no sólo ha puesto en duda el proceso normalizador, sino que lo ha atacado; y eso es inadmisibile. No basta con la reeducación ni con la separación; es precisa la acción punitiva y la condena. Esta acción sirve, al mismo tiempo, como castigo para el criminal y como ejemplo para los otros.

Tanto disidentes como criminales, unos rechazando y otros atacando directamente a las instituciones y poniendo en duda las mieles que oferta la normalidad, aparecen como inadaptados por voluntad propia. *Una decisión tomada con plena libertad.*

Sin embargo, del grupo de inadaptados surgen otros que *quieren ser normales*, pero *no pueden serlo*: los pecadores y los enfermos.

Es labor de las instituciones religiosas regresar a los pecadores por el camino del bien. Confesiones, expiaciones, aceptación de la culpa, contrición, penitencia y redención son el camino. A cada nuevo pecado, nueva confesión, nueva expiación, nueva aceptación, nueva penitencia y nueva redención y el acto sincero de no volver a pecar.

Pero para aquellos que han vuelto al pecado su síntoma, ya no basta este proceso de redención y es preciso pasar a la siguiente instancia. El sistema médico los espera impaciente.

Los enfermos han sido liberados de su culpa, porque algo más dentro de ellos los impele a ser como son. No obstante, ellos, a su vez, al saberse enfermo e inadaptados, ya no pueden liberarse de ella, porque la han asumido como propia. En toda la sintomatología psicológica, la culpa aparece como inevitable: *Soy así, pero no quiero serlo. Quiero ser normal.*

*Un chico del grupo dijo algo que me resonó mucho, dijo que él había llegado a AA, no para dejar de tomar, sino para dejar de sufrir. La verdad es que yo ya estoy cansada de sufrir.*

*En terapia me han dicho mil veces que no puedo estar feliz todo el tiempo, pero eso no es lo que quiero, lo que quiero es no estar triste tan seguido y no sentir que esas tristezas me van a romper en mil pedazos. Y sé que no es normal, que no es normal estar así de triste, lo siento desde los huesos. Sin embargo, me he convencido de que mis problemas son tontos y que debo callarme porque a nadie le importarán.*  
(Amalia(25)EI, 2018)

*No es normal estar así de triste.* La normalidad exige de los sujetos normalizados un *status quo* que hace aparecer a las emociones bajo la dialéctica de lo positivo y lo negativo. La felicidad es la norma; la tristeza, fuera de ella. Se establece, así, una lucha incesante dentro del sujeto mismo en donde, además de padecer su intrínseca tristeza, debe luchar por dejar de tenerla. El problema se bifurca: el sentimiento de tristeza en sí y la culpa por tenerla. El pecador oculta su pecado; el enfermo, *su enfermedad*.

Consciente de su inadaptabilidad, es preciso ocultarla. Es motivo de vergüenza. Que nadie sepa lo que me ocurre. Que nadie sepa que *no estoy bien*.

En contrapartida, el reflejo del mundo aparece invertido. En todos los espacios públicos, la felicidad es la norma. Historias donde todos terminan felices después de la aplicación de sencillas recetas. Redes sociales repletas de personas sonrientes y felices, que viajan, disfrutan, tienen amores perfectos y eternos, hijos maravillosos y vidas increíbles. *Todos son felices, menos yo.*

*A veces pienso que soy el único que está solo, porque veo a mi alrededor y todos son felices con sus novias y yo sigo aquí, sin avanzar ni nada, porque siento que ya no voy a volver a estar con alguien. A veces, solo quisiera desaparecer y no sentir nada. No quiero seguir así. Esta ansiedad cada día es peor y quisiera volver a ser el mismo de antes, pero no puedo (Sergio(21)EI, EI, 2018).*

Paradójicamente, al mismo tiempo que el infeliz ve a millones de felices, millones de infelices ven millones de felices a su vez y, no suele ser extraño que, entre el cúmulo de felices, aparezca también el primer infeliz. La simulación expande la fragmentación individual, a través del ocultamiento, y permite que la apariencia aparezca como real ante los ojos de los otros y se vuelva realidad, en tanto que reales son las consecuencias que provoca.

Así, la apariencia transmutada en realidad también se normaliza, a tal punto que lo normal será la apariencia, asumida ésta como realidad. A noventa y nueve cocineros no les ha salido la receta, pero la culpa y la vergüenza, hace que finjan que lo han logrado.

No obstante, la culpa y la vergüenza no resuelven el problema y, en cambio, lo incrementan y lo prolongan indefinidamente. Con el paso del tiempo, ya no solo se padece lo que se debe ser y no se es, también lo que se debió ser y no se ha sido.

*Era una vista tranquila y divina con la cortina de marfil agitándose en la brisa mientras los pájaros me cantaban los buenos días. Solo quería quedarme en la cama y ver todo a través de las puertas de mi balcón.*

*Pero el “deber” hizo que me levantara y saliera a enfrentar un día para el que no estaba lista. Me convencí de que quedarme en cama después de las 9:00 de la mañana -incluso si estaba de vacaciones, sin ningún lugar en el que debía estar, donde la mayoría de la gente de esta aldea aletargada no arrancaba sino hacia el medio día-*

*equivalía a darse por vencida en la vida. Debería estar allá afuera, entre todo aquello, aprovechando el día, viendo los paisajes.*

*Después de vagar sin rumbo, me asenté en un lugar espectacular para comer, mientras veía hacia las exuberantes colinas verdes y una manta con retazos de techos de lámina que manchaba el valle inferior. Pero esto solo empeoró el pánico: “Si estoy viendo un paisaje así de maravilloso e incluso así me siento ansiosa, debo estar jodida en serio. Debería sentirme en la cima del mundo y, en cambio, me siento triste y asustada” (Stark, 2018).*

Ante la culpa y la vergüenza por la tristeza sentida, la tristeza se expande; se expande también el sufrimiento. Y, en la lucha por no estar triste, o por simular que no se está, el sufrimiento se incrementa un poco más. *Todos son felices menos yo; el tonto soy yo.*

*Me da ansiedad y depresión que ya voy rumbo a los 24 y sigo siendo virgen y no he tenido novias en serio, siento que a la vez solo quiero tener citas y sexo casual pero a la vez quiero tener novias de más duración y me siento como estresado al respecto como si se me hubiera hecho tarde, además me deprime mucho que aún me gustan muchachas más jóvenes que yo como de 18y19 años y siento que ya estoy muy viejo para ellas y eso me da tristeza el hecho que dejé ir mi adolescencia, quisiera regresar a la secundaria y prepa para no ser tan tímido con las chicas y arreglar mi vida amorosa además antes tomaba medicamento antidepresivo y redujo mucho mi apetito sexual y ya lo deje hace año y medio y no regresé a la normalidad y ya no sé si regresara ese apetito que sentía antes. Dígame que opina al respecto (Sebastián(24)EI, 2018).*

Se establece una incesante lucha entre lo que *se dice ser* y aquello que *se debe ser*. Dicho de otro modo: No soy eso, pero debo serlo. El conflicto se interioriza. Ante la fragmentación individual, el sujeto aparece como el único que lo padece, nadie más que él. Es el único que no es capaz de ser como se espera que sea. Necesita ser curado.

Antidepresivos, sesiones terapéuticas, búsqueda de sentido, actividades recreativas y/o productivas, grupos de apoyo, entre muchas otras, son las técnicas utilizadas como medios de readaptación y rehabilitación. Incluso, los grupos de apoyo en donde aparecen otros con padecimientos semejantes, en vez de evidenciar la colectivización del

padecimiento, funcionan como dispositivos de redención en donde otros muestran sus logros. Las recaídas, aunque inevitables, son parte del proceso de redención, readaptación, rehabilitación y cura. Los líderes de esos grupos aparecen como ejemplo de que *sí se puede*.

Incluso las recaídas forman parte del proceso de normalización: es normal tener dudas, es normal ser débil, es normal recaer, siempre y cuando solo sea por breves lapsos y se tenga siempre la intención de *no volver a pecar*.

*En el grupo la gente me aplaudió por atreverme a cruzar el umbral de la puerta y muchos me abrazaron. Me hicieron sentir bienvenida y me regalaron un poco de fe. En la noche llegué y se lo conté a mi madre y a mi novio. Ambos me apoyaron, él, incluso, me dijo que estaba muy orgulloso de mí, que es una frase que casi nunca escucho y aún menos veces me creo.* (Amalia(25)EI, 2018)

La reinserción en la sociedad representa el éxito del proceso. El ser y el deber ser se transmutan: lo que se debe ser sobre lo que se dice ser. Ante la duda, aceptación; ante la pereza, diligencia; ante la ira, paciencia. Ante la tristeza, motivación. Los normales, aplauden; los que han quedado detrás, envidian. Y aún en estos casos, el dispositivo se activa de nuevo: ante la soberbia, humildad; ante la envidia, caridad.

### *La felicidad: una píldora que lo resuelve todo.*

*Hace tiempo supere la depresión y todo bien pero hoy me no me siento muy bien siento dolor, angustia, ganas de llorar y no puedo dormir todo en mi vida está perfecto pero no sé qué me pasa hoy* (Pedro(30)CE, 2018)

Todo comienza con convencerte de que algo no está bien contigo. Todo lo denuncia. Las razones que hacen que un ser humano, hijo de la modernidad, se sienta útil, funcional, satisfecho, se caen a pedazos, como un castillo de arena.

*Regresé como una fracasada a mi ciudad, sin ilusiones, ni sueños ni nada. Mi vida es una mierda, vivo sola y paso dormida todo el tiempo. A mi familia no le importo. No tengo amigos, tengo un empleo mediocre y estoy buscando formas de suicidio.* (Patricia(36)AE, 2019)



Es de llamar la atención como todos los relatos sobre el fracaso imaginan una caída real o figurada: El regreso de un viaje como forma de retroceso, como símbolo de sueños o expectativas que no se han cumplido, como una forma de representar la derrota. Después del fracaso, hay que volver, vacíos, “sin ilusiones ni sueños ni nada”. La idea del regreso como derrota se incrementa a partir de la afirmación “de vivir solo, de no tener amigos, de no importarle a nadie, de tener un empleo mediocre”.

Podemos inferir el regreso a la ciudad de origen intentaba ser una forma de reconstrucción, una expectativa que, al realizarse, pierde su cariz de oportunidad y, en cambio, se suma a la tragedia. Regresamos porque donde estábamos no había nada, pero, al volver, descubrimos que no hay nada aquí tampoco.

La idea del viaje como forma de cambio y transformación es un tema recurrente en el pensamiento occidental. Como si la imagen de la Tierra Prometida se materializara de este modo. No basta un cambio de estatus o de condición, el viaje materializa en la imaginación la idea de oportunidad, de posibilidades que, al no realizarse, incrementan aún más el estado previo y da lugar al inevitable dictamen: mi vida es una mierda.

Pero ¿qué es lo que hace que la vida sea una mierda? ¿es el empleo mediocre, la falta de intereses personales, la falta de vínculos con un grupo de referencia o esto se ha ido gestando de tiempo atrás, a causa de otros empleos mediocres y de falta de otros intereses y de otros vínculos? ¿Hay un punto de partida que los conjunta a todos o se necesitan unos a otros para que existan como una realidad diagnosticable? Y, más aún: ¿Qué es un empleo mediocre o cuál no lo sería? ¿Qué significa importarles o no a las personas? ¿El nivel de importancia y significación para los otros depende de otras causas o es a causa del nivel de importancia y significación que todo parece irse a la mierda? Sin embargo, amén del juego de las causas y los efectos, estos se representan en cosas concretas cuya adjetivación denuncia la forma en que se representa el propio estado: no le importo a nadie, tengo un empleo mediocre.

Con Rafael (Rafael(35), 2019) ya aparecía la idea del “trabajo ideal”, el trabajo que sí me llene, que sí me satisfaga, dándole al tipo de empleo la cualidad de satisfactor. En Patricia, otra vez el trabajo aparece como elemento de materialización, “un trabajo mediocre”, afirma, y eso hace inevitable preguntarnos cuál no lo sería o de qué depende

que lo sea. Y, sin embargo, la idea de mediocridad como fenómeno nos da ciertas luces al respecto: la crisis de las expectativas.

El incremento de las expectativas, en función del grupo social de pertenencia, la difusión a través de los medios de difusión, a partir de un modelo ideal prediseñado, y múltiples discursos que aparecen, no solo como normalizados, sino, también, obligatorios, deriva en que los sujetos lo asuman como propios y traten de responder a ellos. Sin embargo, al no realizarse, esto derivará en la percepción de fracaso personal que se separa de una concepción colectiva en donde un gran número de personas padecerían del mismo fenómeno, entre expectativas creadas y realidades concretas.

*A veces pienso que soy el único que está solo porque veo a mi alrededor y todos son felices con sus novias y yo sigo aquí sin avanzar ni nada porque siento que ya no voy a volver a estar con alguien a veces solo quisiera desaparecer y no sentir nada no quiero seguir así está ansiedad cada día es peor y quisiera volver a ser el mismo de antes pero no puedo (Sergio(21)EI, EI, 2018).*

Al mismo tiempo, la graduación de los logros estará determinado por estas mismas expectativas. A mayores expectativas, mayor sensación de *mediocridad*. Cabe señalar en este punto que esta conceptualización de la realidad está íntimamente ligada a la idea de la competencia, en donde todos los sujetos aparecen como competidores con expectativas para sobresalir del resto; al no conseguirlo, supondrán un fracaso.

Desaparece así su inevitable contradicción: en un sistema de competencia en donde *muchos son los llamados, pero pocos los elegidos*, por cada *caso exitoso* será exponencial la cantidad de *derrotados*.

De tal manera, la idea de fracaso aparece íntimamente ligado a la idea de producción. Entre más productiva aparezca para la sociedad la imagen del sujeto, éste se considerará, a sí mismo, mejor valorado.

No obstante, esta imagen productiva se encuentra ligada, a su vez, a múltiples subjetividades: relaciones parentales y familiares en general, correspondencia con el grupo de referencia, las expectativas de acuerdo con la edad, el género, la época, el país, entre muchas otras, que crean la modelación ideal del sujeto y se interiorizan en él.

Al desaparecer esta relación estructural con la sociedad y la cultura, el sujeto se asume a sí mismo como no apto para cumplir con esas expectativas que da por propias, como deseadas por él mismo y que, al no conseguirlas, impulsará su idea de fracaso que verá confirmada en los elementos de su entorno y que se verá representada, paulatinamente, en múltiples síntomas: ansiedad, estrés, ataques de pánico y muchos otros que irán construyendo el largo y tortuoso camino hacia la depresión.

La ayuda espiritual, los libros de autoayuda, un sistema creencias o de ideologías o incluso la búsqueda de ayuda profesional y de grupos de apoyos sirven de paliativos temporales que, conformen transcurren, van reduciendo su eficacia.

*En el grupo me hicieron sentir un poco menos rota, pero hoy ha vuelto a ser un día difícil y traté de tragarme las lágrimas para "no causar molestias", porque es lo que siempre hago, porque yo solo sé dejarme las sobras. [...] Esa sensación de sentirse insignificante es aterradora. (Amalia(25)EI, 2018)*

Del mundo de las altas expectativas incumplidas es fácil pasar a su contrario: el de la insignificancia. Y con un buen número de los participantes simula que los efectos, en ellos, son positivos, es fácil avergonzarse por no ser uno de los noventa y nueve cocineros a quien ha resultado efectiva la receta. El siguiente paso está a la vuelta de la esquina.

*Nada más necesitas ir con tu médico y, aparte de medicarte, hacerte una referencia y tener control psicológico. Porque a veces ni lo necesitas, lo que necesitas es sanar tu pasado, tu dolor. Éxitos. Te recomiendo seguir con tu psiquiatra y hacer continuidad con ayuda psicológica. Yo gasté mucho dinero, sin saber que lo que estaba mal o lo que no veía era yo; verme por dentro. Sanar, curar. Y estoy en proceso. Padezco de ataques de pánico y ansiedad hace 5 años, producto de abusos físicos y psicológicos (Andrés(28)CE, CE, 2018).*

El abuso físico, por su materialización, es más fácilmente perceptible, más concreto. Por el contrario, el abuso psicológico, por su subjetividad, aparece más difuso, de una forma subterfugio a qué se va escurriendo lentamente como el agua por las cañerías y no es perceptible hasta que sus efectos son inevitables.

Pero incluso, a pesar de su subjetividad, el abuso psicológico aparece como tangible cuando se materializa en personas concretas, cuando alguien, con nombre y apellido, es identificado como el agresor. Así, también el abuso psicológico aparece como individual. Obnubila una estructura social que sostiene el abuso hacia sus propios individuo, hacia sus propios ciudadanos.

Movimientos sociales como el feminismo o el proletariado, logran identificar abusos estructurales que acontecen a todos los miembros del grupo, gracias a una forma de ser percibidos por sus características generales. No obstante, desde la perspectiva individual, el abuso no aparece como un elemento social, sino privado y en donde, quien lo padece, es culpable de su propia tragedia. “Si yo no hubiera... Yo debería de... si hubiera hecho caso...”, son frases que suelen justificar la existencia de violencia material y subjetiva. *Yo soy el culpable, yo soy el enfermo. Y el enfermo necesita una cura.*

*Según mi psicólogo, al cual fui solo tres veces, después de seis años viviendo sin sentido, me dijo que, desde antes de nacer ya tenía inculcada, la depresión. Me mandaron al psiquiatra y éste me dijo que tenía depresión y me mandó pastillas, las cuales nunca tomé, porque no tenía el acompañamiento psicológico que era necesario con las pastillas. Resulta que he pasado por muchos malos momentos, que he tenido momentos de depresión absoluta, pero también he sabido sobrellevarlos sin la medicación y he durado hasta ahora. Vivo en una constante tristeza. Todo lo siento vacío, no tengo alta autoestima y eso últimamente me está generando problemas (...) porque no soy especial. (Ruth(39)EI, 2018)*

Y del mismo modo en que, desde la perspectiva religiosa un cura determinaba Que el ser humano había nacido con el pecado original mucho antes siquiera de poder cometerlos, el

agente médico determina la enfermedad per se: has nacido así, necesitas cura. Y empieza así el largo y sinuoso camino del uso de fármacos. Has sido diagnosticado, has sido decretado enfermo, es necesario curarte.

Al día de hoy, se siguen discutiendo los efectos reales de los fármacos psiquiátricos y sus efectos y, sin embargo, cada día se recetan más y más, como una solución concreta a un problema no concreto. En directa consonancia, al tiempo que se incrementa exponencialmente el número de personas diagnosticadas con distintas enfermedades mentales, incluida la depresión, se incrementa el de personas medicadas. Una píldora lo resuelve todo. Como si a través de sus efectos desaparecieran todas las causas. Como un velo que se coloca frente a los ojos para edulcorar la desgracia.

Desde la perspectiva individual, la terapia psicológica y el tratamiento psiquiátrico aparecen como la solución a todos los problemas. Como si, al salir del consultorio, la realidad, de facto, eliminara toda su infamia y su tragedia. Las causas de lo que nos ocurre ya no están afuera, sino adentro. Somos nosotros quienes tenemos una percepción equivocada de la realidad, porque la realidad no se equivoca.

*Siempre me ha gustado leer a las personas que pasan por esta situación llamada depresión (me incluyo) y dejé de hacerlo por que comenzaba a sentirme relativamente bien, hacia mis labores durante el día de manera normal incluso volvía a dormir, que tonto fui al pensar que todo estaba bien... La realidad de esto es que nada está bien, últimamente he tenido ataques de ansiedad, estoy de mal humor llegando a hacer comentarios hirientes y tratar mal a personas las cuales no tienen nada que ver. De nuevo he pensado en autolesionarme, hasta el momento he resistido a no hacerlo ya que mi familia está constantemente fijándose en cualquier señal como esa, pero he pensado tanto en suicidarme y durante las noches no puedo sacarme ese estúpido pensamiento, que solo está ahí bailando con recuerdos dolorosos (Edgar(25)EI, 2018).*

Y del mismo modo que con los grupos de ayuda, con nuestra familia, nuestros amigos, nuestra pareja, nuestros jefes y nuestros compañeros de trabajo es necesario simular que todo está bien, que todo funciona. También con el terapeuta o con el psiquiatra

hay que fingir que el tratamiento es efectivo. Pero si esto no es posible, la solución es clara: hay que aumentar la dosis. La felicidad se mide en miligramos.

Mientras tanto, afuera, la vida continúa. Pantallas gigantescas en la ciudad nos muestran un cúmulo de personas felices y sonriente y exitosas que tienen la vida perfecta. Abrimos nuestra red social de preferencia y nuestros amigos, y los amigos de sus amigos, viajan, comen, beben, disfrutan y son amados. Primero, una sonrisa de empatía; luego, varios pulgares hacia arriba. Después, la media luna de los labios comienza a cambiar de sentido. Entre más descendemos por la pantalla, inversamente proporcional a la felicidad de los otros, comienza la infelicidad nuestra. Es momento de otra píldora. Es momento de la dosis siguiente. Inmediatamente después, una selfie reivindicativa. A los pocos minutos, muchos *likes* que nos hacen saber que los otros saben que somos uno de ellos. La felicidad es una selfie con píldora incluida.

*Yo no tengo apoyo familiar, sé que es una agonía y un sufrimiento levantarse de la cama y el primer pensamiento es el del suicidio, tratar de no llorar, tener muchas fuerzas para ir a trabajar, regresar a tu casa, que nadie te saludé, ni te dé un abrazo, un “buenos días”, ¿cómo te fue? Ni un abrazo, no tener amigos, y que nadie se preocupe por ti, que tengas celular y no recibir una llamada en meses, acostarte en tu cama y escuchar música, para tratar de olvidar que tu vida no tiene sentido, pero esos pensamientos suicidas no te dejan, llegar la noche y es cuando más te sientes solo llegar a llorar toda la noche y no entender por qué no puedes ser feliz, los pensamientos suicidas son más fuertes cuando estás solo en la noche por la madrugada (Fabricio(38)AE, 2019).*

La felicidad es un proyecto político. A la lista de inadaptados, transgresores, criminales y pecadores, se suman los infelices. Como los otros, los infelices tampoco tienen cabida, porque su infelicidad es una muestra de su inadaptabilidad ante el progreso, el desarrollo, el crecimiento económico, el éxito que la buena sociedad regala a todos sus miembros. Por tanto, deben separarse y fragmentarse en individuos, como otra más de las *minorías* que no son capaces de adaptarse a un mundo creado para ellos.

Y, como todo en la sociedad occidental contemporánea, la subjetividad de la felicidad se objetiviza. Es una receta. Las *formas de ser feliz* solo son posibles si se mueven

en el marco de la felicidad objetivada, la decretada por los órganos rectores, las instituciones y sus medios de difusión y propaganda. Cualquier otra cosa, no será felicidad, sino felicidad *figurada*. La felicidad objetivada aparece como el culmen de la sociedad contemporánea, la recuperación del paraíso perdido, la nueva tierra prometida.

No obstante, a la vieja usanza de la promesa de redención, en donde el paraíso se recuperaba no en esta vida sino en otra más allá de la vida, la felicidad prometida tampoco ocurre en esta vida, en esta vida presente, sino en una vida futura. Y, del mismo modo que para recuperar el paraíso era preciso dedicar toda la vida para conseguirlo, la felicidad futura implica dedicar toda la vida presente y la misma vida futura para lograrla.

La felicidad no está aquí ni está ahora, estará mañana, siempre y cuando hayamos hecho lo necesario para conseguirla. Las imágenes de felicidad que vemos regadas por todos lados son las de aquellos elegidos que después de esforzarse incansablemente por fin han llegado a ella. Somos nosotros quienes no hemos sabido cómo conseguirla. *Muchos los llamados, pocos los escogidos*.

Las imágenes de felicidad simbólica que nos rodean se vuelven, al mismo tiempo, aspiración de lo que podemos ser y fracaso por lo que no hemos sido. Si después de años de buscarla no la hemos conseguido, hay un único responsable: nosotros mismos.

*Sumergida- en una tarde perfecta de sábado intento no mirar el abismo, pero está ahí todo el tiempo, asechando mis neuronas y así, me es inevitable viajar al pasado y al futuro y sentir el presente como si fuese lo último que contemplo y respiro. Lloro por todo eso y más... (Martha(32)CE, 2020)*

Incapaces de tomar lo que se nos ofrece, inútiles para alcanzar el fruto que nos es prohibido, es preciso decretar nuestra derrota, nuestra inadaptación, nuestra debilidad, nuestra enfermedad. Si todos lo consiguen menos nosotros, somos nosotros el problema. Pero la democracia de la felicidad nos ofrece la alternativa: una píldora que nos quite eso *que está mal* en nosotros y que nos permita alcanzar lo inalcanzable. De no lograrlo, de no aceptarlo, de no permitirlo, porque desde esa perspectiva somos nosotros los que no logramos, no aceptamos, no permitimos, solo queda una única posibilidad: la separación, el encierro.

Y nadie queremos eso.

Así que es preciso simular, fingir que avanzamos, fingir que estamos bien, fingir que la terapia y la píldora y los grupos de apoyo y los amigos y la familia nos ayudan hacer aquello que *debemos ser*. Jugamos el juego de la normalidad, la asumimos, la interpretamos, nos volvemos actores dignos de un Óscar. Construimos nuestras vidas en torno a la simulación, a la sonrisa, a la productividad, a la eficiencia, incluso y por qué no, a los logros. Nos volvemos capaces de interpretar un personaje que cumple con las expectativas del público que nos rodea. Al término de cada acto, aplausos de pie, caravanas. Lo hemos conseguido. Comienza el segundo acto: el fetichismo del ser: la simulación como realidad.

### *El fetichismo del ser: La simulación como realidad.*

Norma (EI, 2019), me cuenta que se pasó más de una hora de su viaje en la playa editando la foto que terminó en su perfil de Instagram y Facebook:

*Le pedí a mi hermana que me tomara la foto, y tomó más de 40... hasta que encontramos la exacta. Traía puesto mi bikini, me senté de piernas cruzadas abrazando mis rodillas contra el pecho, media espalda hacia la cámara y mirada hacia el océano. Le puse filtros a la imagen para que el cielo se viera más azul, la arena más tibia y la subí a Instagram con el subtítulo “La calma...” y el emoji de las manos que rezan. Qué vista tan tranquila. Qué mujer más supremamente relajada. ¡Qué tremendo montón de mierda! Nunca he estado más angustiada en mi vida. Mis papás estaban, en ese momento, en el cuarto del hotel hablando del divorcio y yo seguía queriendo proyectar al mundo exterior una imagen de serenidad (Norma(19)EI, 2019).*

Este teatro fabricado, esta edición y producción de imágenes, se ha convertido en un hábito. La mayoría de las personas en redes sociales no sólo tienden a postear acerca de las cosas buenas que les ocurren en la vida (dejando fuera lo malo, lo sucio, lo triste o lo ordinario)



sino que además lo mejoran y lo retocan para que sea perfecto, épico, único y fantástico. Ya nadie sale mal en las propias fotos con los amigos.

Y si se está uno comparando con los momentos luminosos de sus contactos, esto lleva a pensar que las vidas de los Otros son mucho mejores de lo que en realidad son y, a la inversa, hacen sentir que la propia vida es gris, carente, insuficiente o mala. El resultado es que se tiene una visión editada del mundo, no una imagen representativa.

Y es un círculo vicioso que no acaba porque se retroalimenta<sup>117</sup>. Las redes sociales hoy permiten editar la vida y hacer que parezca mejor, aunque peor esté siendo. Y mientras más incómodo se sienta uno en cualquier lugar, mayor es el desplazamiento en redes. Por eso, mucha gente ha aprendido a compartirlo todo. Para escapar de la vida real. A falta de satisfacción real, hemos aprendido a anestesiarnos con experiencias manufacturadas, filtradas y retocadas, mientras que los índices de depresión y ansiedad continúan elevándose.

Norma me sigue diciendo:

*He perdido la capacidad para contextualizar. Mientras estoy en mi celular, parece que no entiendo que la imagen que miro es sólo un segundo en el tiempo. Y que está producida y los títulos están cuidadosamente redactados. Lo sé, porque yo misma lo hago siempre. Pero sólo veo las evidencias de mis propias fallas. Todos los demás están felices, todos los demás son exitosos. Todos tienen más amigos que yo. ¡¡Yo soy la impostora!! ¡¡¡Qué está mal conmigo!!! (Norma(19)EI, 2019)*

El advenimiento de las redes sociales ha apoyado la noción de que la felicidad es la última meta en la vida, al vendernos el mito de que todos los demás están viviendo su dicha, todos los demás son felices. Pero sólo cuando le pido a Norma que mire nuestras propias redes sociales y las compare con la imagen que tiene frente a ella, es que se da cuenta que vivimos en una época en que sentimos celos y envidia por gente que literalmente no existe.

---

<sup>117</sup> Un estudio de 2017 de la Universidad de Melbourne sobre personas con síntomas de depresión encontró que, entre mayor presión social para no experimentar emociones como tristeza o ansiedad, mayor es la posibilidad de que los participantes que muestren un incremento de estos.

Cuando observamos un fenómeno desde la estructura social y, como en este caso, decimos que es la estructura social y no el sujeto el responsable de su presunta inadaptabilidad, se tiende a suponer, a la vieja usanza judeocristiana, un Dios que lo mira todo; omnisapiente, omnipresente y omnipotente.

Es esta perspectiva de las que se sostiene la idea de Hobbes sobre el Estado o la de Smith sobre el Mercado. Un algo más allá de nosotros mismos que lo controla todo y lo determina por encima de cada uno de los miembros de la sociedad.

Por su parte, Adam Smith, en su “Teoría de los Sentimientos morales” (Smith, 2010), que daría paso a su posterior teoría del equilibrio del mercado desarrollada en “La Riqueza de las Naciones”, asume que lo que el hombre busca es la fuente perpetua de su satisfacción y su goce y, por tanto, demandará tanto como su goce y satisfacción requieran.

El individuo elegirá aquella de mayor duración, y esto generará un “sentimiento aprobatorio”, un sentido de lo propio distinto de lo útil, porque será preciso elegir aquello de mayor utilidad, de acuerdo con su mayor duración o goce, pero, también, será preciso, según el propio Smith, aprobar ese goce porque “la humanidad, la justicia, la generosidad y el espíritu público, son las cualidades de mayor utilidad para los demás” (Smith, 2010), y ese espíritu público, surgido del egoísmo privado, será mayor que éste.

En la práctica, el Estado no sólo impone las reglas y las normas, sino que es la propia sociedad quién las acepta; primero, obligatoriamente; luego, las asimila y las reproduce. El sujeto las asume como propias, como intrínsecas a sí, como parte de sus propios deseos, sueños, aspiraciones, razones y sentido de estar en el mundo.

Al desaparecer el sentido de imposición de las necesidades y los deseos, y asumirlos como propios, ya no es el Estado, el Mercado o las Instituciones quienes deben obligar a los individuos a tenerlos; son ellos mismos quienes los desean para sí y deberán hacer lo necesario para conseguirlos, y educar a otros para que lo hagan a su vez. Un deber ser que ya no proviene del Estado, del Mercado o de sus Instituciones, sino de sí mismo. La potestad del Estado se ha transfigurado e interiorizado dentro de cada sujeto y es éste quien la reproduce.

Esta ideología se transfiere de padres a hijos, de maestros a alumnos, de jefes a empleados, de comunicadores a comunicados, de gurús a creyentes, de médicos a pacientes. Esto es bueno y esto es malo. Esto es correcto y esto incorrecto. Esto es productivo y esto improductivo. Esto es ideal y esto mediocre. Esto es verdad y esto mentira. Esto es saludable y esto iatrogenia.

Más allá de las instituciones, estas construcciones ideales se transfieren entre los miembros de la sociedad como verdades absolutas que deben realizarse y en donde cada individuo deberá esforzarse por lograrlas para sí mismo. Las causas estructurales, por las que aquéllas se consigan o no, desaparecen, y es el propio individuo el responsable. Si no lo hace, es porque *no se ha esforzado lo suficiente*.

Y como la falta de esfuerzo aparece como la causa principal de no lograr *los sueños, las aspiraciones y los deseos propios*, no conseguirlos se convierte en un estigma social, en una muestra de poco esfuerzo; de pereza. Y *ante la pereza, diligencia*.

Así que es necesario fingir. Aparentar. Que todo parezca que está bien. Comienza así el juego de la simulación.

*Tengo mucha tristeza, estoy ocultando como me siento para que los demás no me vean así. Intento animarme y no puedo. Solo finjo y finjo. A veces siento que voy avanzando, porque hay momentos de felicidad y la angustia se va, pero a los días después vuelve todo...*

*En estos momentos, me encuentro decepcionada de algunas cosas y personas.*

*Me siento frustrada, presionada por muchas cosas y estoy volviendo a tener inseguridades de mí misma, Ya no creo en mí, pero tengo que fingir que sí, para que los demás estén felices y orgullosos, cada vez me hundo más y más, y solo quiero irme ya.... (Judith(45)EI, 2020)*

La simulación de que *todo está bien* se vuelve parte de la regla básica de la existencia en sociedad. De lo contrario, además de todos lo que ya se padece, hay que cargar con el estigma social de la falta de esfuerzo como razón principal de todos nuestros males. Y al ser múltiples las funciones sociales que habrá que cumplir, múltiples también las simulaciones. La sociedad no solo aparece fragmentada en millones de deseos

individuales, el individuo aparece también fragmentado en un cúmulo de funciones sociales, y en cada una de ellas deberá aparecer en su versión óptima: buen hijo, buen estudiante, buen empleado, buena pareja, buen padre, buen profesionalista y, finalmente, buen ser humano, buen miembro de la sociedad. Y todo eso, claro, depende de sí mismo. Por si esto fuera poco, además hay que mostrarlo y demostrarlo. Ascensos, logros, planes a futuro, sonrisas, actividades sociales, selfies. Y, del mismo modo que unos simulan, los otros simulan a su vez, reproduciendo la simulación *ad infinitum*.

*No tienes derecho a hablar, no tienes derecho a dibujar, no tienes derecho a nada. No tienes derecho de expresar tus emociones. No tienen ningún derecho. No eres un ser humano con libre albedrío. Solo eres un objeto más. Eres como un mueble, o como un aparato electrónico. Solo estás ahí existiendo en un espacio junto a otras personas* (Karen(21)AE, 2019).

La objetivación se hace evidente y, sin embargo, la escisión del sujeto aparece como causa de sí mismo. *Soy yo quien está mal*. Porque el cúmulo de emociones que se aglutinan *son negativas*. Y esto aparece como una continua lucha entre lo que se es y lo que se siente y lo que se debe ser y lo que se debe sentir. Mientras sea posible, la simulación continúa. Y la presión también.

Como todos los términos que usamos, estos surgen de la realidad social a la que pertenecen. En el siglo XIX, en pleno auge de la revolución industrial provocada por la máquina de vapor, se comenzó a usar terminología propia de la ingeniería para otras subjetividades. De la presión provocada por el vapor para dar impulso a una máquina, se pasó a usarla en el ser humano. Como en la máquina, a mayor presión, mayor producción. Pero, si la presión es excesiva, la máquina pierde presión y, por tanto, reduce su producción. El término técnico para este fenómeno es depresión: La máquina humana no ha soportado la presión y ha reducido su producción. La máquina humana se ha deprimido.

Pero una máquina no puede simular que sigue funcionando. El ser humano aún lo intenta. Por un tiempo, aún le es posible. La simulación le permite seguir funcionando. Incluso, la inercia de la simulación le permite impulsar a otros.

*Es un camino duro, pero aquí vamos. Pensé en el suicidio tres veces. Pero, ¿sabes? ¿Pase todo eso para terminar suicidándome? Claro que NO. Yo voy a salir adelante. Hace un mes y medio estoy con psicólogo y juro que me hace bien. Estoy sanando, son pasos de tortuga, pero acá vamos. ¿Y sabes? Así sean pasos pequeños, para mí son gigantes. Somos fuertes, todo lo podemos lograr. Sigamos adelante y, si caen, levántense con mil veces más fuerza. (Andrés(28)CE, CE, 2018)*

Andrés es sólo una expresión del simulacro; es la otra cara de la misma moneda. Su optimismo raya lo excéntrico y tampoco le es sano, sin embargo, eso no lo nota. Lo usa como escudo emocional. Andrés es la personificación de todo el modelo del pensamiento positivo; buenas vibras, energía positiva, no ser tóxico, eres lo que vibra, siempre feliz, de una imagen externa que oculta una gran inseguridad interna, que no se permite mostrarse vulnerable y que, inconscientemente, mediante el falso optimismo que proyecta niega lo doloroso de la vida. Como prueba más contundente, están sus tres intentos de suicidio. Como predicción más supuesta, estará que, al fracasar en esa dosis excesiva de positividad, volverá a la impotencia que probablemente derive en un nuevo ataque depresivo.

El impulso por la propia condena, por la condena tácita o explícita de los otros, impele al sujeto a luchar por aquello que supone su propia tragedia, *a esforzarse*. Como medio de impulso para sí mismo, impulsa a otros. Repite a otros las frases aprendidas, como si el eco de sus propias palabras pudiera regresar y convencerlo a sí mismo. Como una oración que basta ser enunciada para que la plegaria surta efecto. La simulación, pues, se expande, no solo para sí mismo, también para otros. A la máquina humana no le está permitido deprimirse.

*Estoy pasando por la más fuerte depresión y ansiedad de mi vida se han acumulados muchas cosas en mi cabeza voy a explotar, el mundo se me viene encima en lo personal trabajo, social un desastre no tengo salida solo llorar, llorar y más llorar y sin saber porque que es lo peor, horrible. Me tuve que salir del trabajo por la ansiedad que me dio fuerte y ahora descanso en mi carro para poder manejar a casa. (Fernando(35)EI, 2018)*

Y, del mismo modo en que no es casual la transferencia de la terminología mecánica para los padecimientos humanos, tampoco es casual la relación entre depresión y productividad.

La depresión está íntimamente ligada a la idea de la falta de producción y, por tanto, los deprimidos aparecen como improductivos para la sociedad, entendida la improductividad en la versión más utilitarista del término. Los deprimidos no trabajan, o no quieren hacerlo. Los deprimidos no producen, o lo que producen no da resultados.

Es por ello que parte de la fase de simulación consiste en incrementar, o fingir que se incrementa, la productividad. Un incremento de la intensidad del trabajo, y los logros obtenidos por ello, suele ser una etapa visible del proceso, aunque continuamente aparece la idea de que lo que se hace *no es suficiente* o de que se está *al borde de ser despedido*. Y, si esto llegase a ocurrir, funcionará como confirmación de los temores. Y como detonante.

También es recurrente encontrar fases críticas de depresión en desempleados, jubilados, ancianos, enfermos, discapacitados. Porque todos ellos han sido apartados del mundo productivo sobre el cual se basan sus expectativas. Frases como *soy inútil, ya no sirvo para nada*, son expresiones de su sentimiento de incapacidad ante el mundo de la producción normalizada.

A su vez, al ponerse en duda su productividad, también se ponen en duda muchas otras de sus funciones sociales: de esposo y proveedor, de padre y ejemplo, de amigo y compañero, *de modelo a seguir*. Entonces, el sujeto toma por propio el eco de las voces de los otros: *Soy un caso perdido. Soy un bueno para nada*.

*No sé si a alguien más le pase que tiene que aparentar que está mejor, pero en realidad no lo estoy, cada día me cuesta más fingir que estoy bien, se supone que tengo que entrar a trabajar en enero pero yo tengo pánico a trabajar y eso me lleva a pensar en hacer cosas para evitar llegar a el día que me toque trabajar yo no sé si a alguien más le pasa lo mismo pero es terrible voy a mí psiquiatra y él dice que voy a poder pero no se no me siento bien ya una vez estuve en un psiquiátrico, esta vez no me quisieron internar por qué mi familia no quiere, terminé una carrera universitaria y es precisamente por eso que ellos quieren que trabaje pero a mí me da pavor.*

No es extraño entonces que el juego de la simulación se extienda en todos los espacios donde sea necesaria, y posible. No son pocos los casos de personas que, al perder su

trabajo, salgan todos los días fingiendo que siguen yendo a trabajar; tampoco pocos los casos en donde se intente ocultar un divorcio o un ascenso no obtenido o el rechazo ante la solicitud de un crédito bancario o la falta de ánimos para seguir haciendo lo que se hace. Cualquiera de las formas en que se represente una presunta incapacidad tratará de ocultarse en la medida de lo posible, ante la culpa y la vergüenza por no haberlo conseguido.

Incluso el diagnóstico servirá de paliativo. “Todo en esta vida es difícil, y más para mí, que no puedo, por mis miedos, la depresión, la ansiedad, etcétera”, decía Rafael, transmutando los efectos por las causas. Asumirse con enfermo es una forma de obtener cierta compasión. No obstante, incluso ésta sigue apareciendo como una versión individual, como un caso especial, como una enfermedad que, bien tratada, tendrá cura.

*Sin nadie al rededor, en la oscuridad del coche... Siento un poco de seguridad de no estar en ningún lado. Tuve que salir corriendo de donde estaba, dejando en plena duda por mi comportamiento a la persona con quien compartía la tarde. Y es que a veces tanta ansiedad me obliga a huir de lugares y de personas y del tiempo y de la luz y de todo. Y aquí, en medio de la lluvia, encerrada en el carro, alejada del mundo, apenas y puedo sentir que me detengo de gritar, llorar, reclamar... Sin que nadie me vea. Es verdad que quisiera ir a casa, cenar, meterme a las cobijas y abrazar a la persona que amo y dormir ... Pero no puedo cuando siento que no controlo mis emociones y mi inseguridad y mejor aquí en la calle, en el auto, en la noche... Conmigo y mis demonios. ¿Algún día acabarán? (Olivia(42)EI, 2018)*

Pero, ¿y si tarde o temprano todos estaremos simulando? ¿Y si tarde o temprano no seremos aptos? ¿Y si tarde o temprano no seremos productivos? ¿Y si tarde o temprano seremos desempleados, jubilados, ancianos, desvalidos? ¿Y si tarde o temprano todos estaremos deprimidos?

#### 4.4. El enfoque crítico de la depresión. La crisis de la modernidad

Tú no, princesa, tú no. Tú no has nacido

para pasar las fatigas que yo pasé  
sacándole el dobladillo a un miserable  
salario que no alcanza a fin de mes.

Tú no, princesa, tú no. Por Dios lo juro:  
tú no andarás de rodillas fregando pisos,  
no acabarás hecha un zarrío como tu madre,  
cansada de quitar mierda y de parir hijos.

Joan Manuel Serrat

La creación del concepto de ciudadanía, a partir de la Revolución Francesa, del mismo modo que favoreció la inclusión en un paquete de derechos a los miembros legalizados en un Estado-Nación, los hizo acreedores a obligaciones que cada individuo debería cumplir dentro de la sociedad para formar parte de ella. Así, al mismo tiempo que se creaba un sistema de inclusión, se generaba un sistema de exclusión, en donde todos aquellos que no fueran capaces de cumplir las condiciones establecidas de antemano quedaban fuera del sistema de derechos de ciudadanía. Ser ciudadano, en el mundo occidental, se convirtió en el sino de cada individuo a partir de finales del siglo XVIII.

A pesar de que el humanitarismo, tan en boga desde mediados del siglo XX, presenta a todos los miembros de la sociedad como acreedores de los derechos que promueve, en la realidad cada individuo debe cumplir una serie de requisitos para ser benefactor de esos derechos. La nacionalidad y/o el estatus migratorio; la edad; el género; el estatus social, étnico y económico; e incluso el estatus educativo o cultural son determinantes para establecer la factibilidad de estos derechos. Por lo que genera un círculo vicioso entre la pertenencia en aquellos para la obtención de estos, propiciando una pugna individual para conseguirlos.

Esto ha exacerbado, tanto la radicalización del nacionalismo y el racismo, herencia de siglos anteriores, como la creación de nuevas, o modificadas, pugnas al interior de los grupos específicos por recibir los beneficios que los derechos de ciudadanía prometen. La presunta igualdad va de la mano de la ciudadanía, pero, para obtener ésta, es necesario cumplir una serie de requisitos a los que no todos los miembros de la sociedad tienen acceso.

Aunado a ello, la participación en la sociedad, desde la perspectiva de la producción, favorece la división de sus miembros en productivos y no productivos,



propiciando así una relación meritocrática y una nueva división en la que se fusionan todas las demás: entre merecedores y no merecedores.

No basta con ser un ser humano para merecer derechos humanos: es necesario luchar por conseguirlos. Una frase de la cultura popular resume el problema de esta contradicción fantásticamente: *Todos somos iguales. Pero unos somos más iguales que otros.*

El humanitarismo presenta a todos como iguales, pero, para ser iguales, hay que *ganárselo*. Los derechos establecidos por las constituciones nacionales o los acuerdos internacionales están íntimamente ligados al estatus que cada individuo tiene dentro de la sociedad. Ser o no acreedor a estos derechos dependerá de ese estatus, por lo que cada individuo deberá luchar por obtenerlo previamente si quiere ser partícipe de los derechos que su estatus conlleva. De tal suerte, desaparecen las condiciones estructurales previas que hacen que un individuo tenga, o no, un estatus determinado y lo hacen a él único responsable directo de tenerlo, o no; de merecerlo, o no.

Así, es el propio individuo quien aparece como el responsable de su propio destino y, al mismo tiempo, se desvanecen las condiciones previas y las limitaciones estructurales que hacen que los puntos de partida sean disímiles entre un individuo y otro, entre un grupo y otro, entre una realidad y otra.

Ocurre así la contradicción, el oxímoron: la búsqueda de la igualdad favorece a las diferencias.

A su vez, conceptos que fueron aplicados, especialmente a partir del siglo XIX, a los países occidentales, tales como: crecimiento, progreso, desarrollo, futuro, entre otros, se transfirieron de modo individual a los sujetos de la sociedad occidental. Así, de la mano de esos conceptos, se crearon los nuevos aplicados al individuo: crecimiento personal, progreso personal, desarrollo personal, futuro personal. Y con la fragmentación de las funciones de cada individuo, además, se crearon subcategorías de la mano de aquellas: crecimiento profesional, desarrollo profesional, futuro profesional. Entre muchas, muchas, otras.

Esta perspectiva individual, e individualista, hace aparecer a cada individuo como responsable de sus propios logros, pero, al mismo tiempo, culpable de sus propios fracasos. Desaparecen por completo, o en el mejor de los casos se les da una importancia mínima, todas las condicionante estructurales que favorecen o impiden que un individuo consiga una movilidad social importante, porque *su crecimiento y desarrollo personal, profesional y económico, depende de cada uno de ellos. Y de nadie más.*

Sin embargo, resulta evidente que lo que el individuo asume como un asunto personal está íntimamente ligado a las condiciones sociales generales. Baste con observarse que, en la última década, el incremento de personas diagnosticada con depresión ha aumentado exponencialmente. No es casualidad que este incremento ocurra, precisamente, después de la crisis económica global de 2008, por lo que fácilmente podemos establecer una correlación entre una crisis económica de decrecimiento global y una crisis subjetiva de *decrecimiento personal.*

Del mismo modo que las economías y las sociedades a nivel global reducen sus expectativas a causa de sus problemas estructurales, los individuos pertenecientes a ellas, en consecuencia, ven en peligro sus propias expectativas y las ponen en duda. Y como, en efecto, las crisis económicas globales, por definición, generan una contracción de la producción que redundará en un incremento general de los precios, en mayor desempleo y, por tanto, en reducción del ingreso y del consumo, el individuo, de manera personal, verá todos esos efectos representados en él mismo y los traducirá, invariablemente, como reducción de sus expectativas y de sus oportunidades, lo cual será cierto. Pero, de la mano de esto, desde la misma perspectiva individual, aunque incluso en su discurso acuse al gobierno o a otras instituciones de ser los causantes de la crisis, asumirá para sí mismo la culpa de estos efectos porque al reducirse la cantidad de oportunidades disponibles a causa de la contracción económica, se reducen las posibilidades concretas de ser beneficiado por una de ellas. Se consolida aún más la sentencia: *Muchos los llamados, pocos, cada vez más pocos, los escogidos.*

El individuo, entonces, desde su perspectiva individual, al no ser *uno de los escogidos*, asume que es *culpa suya no haber hecho lo suficiente.* Y la culpa y la vergüenza son hermanas.

Si, además, a pesar de la crisis global, parte de los miembros de su grupo social sobreviven e, incluso, consiguen algún ascenso, esto incrementará, aún más, la percepción de no haber hecho lo suficiente y aumentará, en mayor medida, la fragmentación y la competencia al interior del mismo, porque las diferencias aparecerán, ya no como una reducción de oportunidades, sino como un asunto de meritocracia: *Son otros los que lo merecen; tú no.*

En contrapartida, en tiempos de bonanza, las expectativas se incrementan. En periodos en donde las condiciones estructurales favorecen, mediáticamente, la posibilidad de movilidad social de un mayor grupo de individuos, dado el incremento en la actividad económica, el empleo y el ingreso, se acentúa el discurso meritocrático, que se ve reflejado en un grupo más amplio. Es común que las estadísticas de crecimiento y desarrollo económico vayan acompañadas con el incremento de las clases medias al interior de los Estados-Nación.

Pero, también, esta bonanza *general* aparece, no solo como parte del crecimiento (temporal) de la economía, sino como producto de logros individuales. No es que las condiciones generales han aumentado (temporalmente) y, por tanto, han aumentado en cierta medida la cantidad de oportunidades disponibles, sino que *yo, ahora sí, he hecho lo suficiente.*

No obstante, dada la temporalidad de este proceso, debido a las condiciones cíclicas en que se encuentran inmersa la economía contemporánea, del mismo modo en que las incrementa, provoca una, aún mayor, caída de las expectativas cuando, invariablemente, la economía vuelve a contraerse. A mayor ascenso temporal, mayor la perspectiva del descenso a largo plazo.

Hasta el siglo XX, los tiempos de bonanza, después de la segunda guerra mundial, en algunos países, permitieron que, para ciertos grupos sociales, no solo las expectativas individuales, sino también las familiares, se incrementaran, propiciando una transferencia de padres a hijos. Los hijos crecieron con las expectativas heredadas de sus padres y las incrementaron, esperando un aún mayor desarrollo personal para sí mismos. No obstante, al colapsar el sistema global y ver el descenso de sus expectativas incrementadas, el colapso personal fue aún mayor, porque aparece como responsabilidad personal no haber logrado lo

que los padres sí obtuvieron. El número de fracasados aumentó. Y la proporción del fracaso, también.

Las causas estructurales de estos movimientos cíclicos propiciados por la economía no aparecen en la mente del individuo promedio como parte de las condiciones de las que dependen sus propias expectativas, y sus logros y/o fracasos individuales los asume como producto de sí mismo, independientemente de las condiciones generales.

A su vez, dada la volatilidad de la economía contemporánea, sus ciclos de auge son cada vez más cortos y sus ciclos de crisis cada vez más largos, lo que acorta, también cada vez más, el tiempo del auge de las expectativas individuales e incrementa el tiempo de crisis a causa de las mismas.

Lo anterior expresa la íntima relación que existe entre una crisis económica estructural y una crisis personal de carácter subjetivo. Porque ambas son la representación tangible de una crisis aún mayor: la crisis de la modernidad.

Las religiones han tenido la astucia de prometer paraísos más allá de la muerte. Así que no hay manera de saber si esto ocurrirá o no; es, como se sabe, *un acto de fe*.

La modernidad, aun actuando como religión, ha pretendido ofrecer el paraíso en vida: ser buen ciudadano te hace acreedor a las maravillas del paraíso que la modernidad ofrece: *liberté, égalité, fraternité*. La libertad de hoy se llama propiedad privada y libre mercado; la igualdad, democracia; la fraternidad, derechos humanos. Desde la promesa de la modernidad, esta triada basta para *ser feliz*.

Pero, del mismo modo que el judeocristianismo asume un pecado original que es eliminado con el bautismo y un mundo de sacrificios y pesares a causa de los pecados cometidos, la modernidad libera de su propio pecado original a través del bautismo de ciudadanía y a través del esfuerzo y la dedicación. Solo aquel que sea digno habrá de merecer el paraíso que la modernidad ofrece: el progreso. Y, más aún: el progreso personal; la realización personal. En suma: la felicidad.

Esta expectativa ha sido alimentada de padres a hijos y de generación en generación. Con los cambios a lo largo de los siglos, lo mismo la revolución francesa que la revolución industrial, lo mismo las revoluciones de independencia que la democracia representativa, lo

mismo la lucha de clases que la invención de la clase media, lo mismo la meritocracia como sustituto de la aristocracia, lo mismo los Estados-Nación que la globalización, lo mismo la xenofobia que la inclusión y los derechos humanos, lo mismo los Estados totalitarios que el libre mercado, han servido para alimentar la posibilidad de estas expectativas. Incluso cambios coyunturales como una reforma legislativa o un cambio de partido en el poder sirven para los mismos fines. La larga lista de razones por las que hasta ahora no ha ocurrido va acompañada de una nueva receta que hará que *ahora sí la promesa de la modernidad sea accesible para todos*.

Por su parte, estas mismas transformaciones van acompañadas de cambios en los discursos que los individuos asumen como propios: si estudio una carrera, o un posgrado; si cambio de ciudad; si me relaciono con otras personas; si cambio de trabajo o me ascienden o me suben el sueldo o recibo mayor aguinaldo; si me salgo de la casa de mis padres; si estudio en una universidad privada; si me caso o me divorcio o tengo un hijo; si dejo ese trabajo *mediocre* y hago lo que en verdad me gusta; si migro a Estados Unidos en busca del sueño americano; si recibo un subsidio o me aprueban un crédito; si aprueban la ley donde se reconocen mis derechos... Decenas, cientos, acaso miles de distintas forma de justificar por qué la promesa de la felicidad no se ha cumplido.

Por su parte, aquellos, *los escogidos*, sirven de estandarte para sostener la bandera de la posibilidad. Deportistas, estrellas de rock, actores y actrices, influencers, multimillonarios emergentes, modelos, miembros del jet set, motivadores, ganadores de Óscars o Grammys o Premios Nóbel o records guinness, entre muchos otros, sirven para seguir alimentando la fantasía de que los próximos seremos nosotros pero que, de no hacerlo, *la culpa será toda nuestra*.

Basta con que haya un solo miembro de nuestro grupo que sirva de estandarte, incluso aunque esto haya ocurrido en épocas anteriores a la nuestra, para que la fantasía siga apareciendo en nuestro imaginario como posibilidad. Los héroes deportivos suelen ser un modelo fascinante: el campeón mundial de boxeo que, a través de su esfuerzo y dedicación, salió de la pobreza y ahora gana millones de dólares por defender su título; el futbolista que ganó un campeonato del mundo para reivindicar a Argentina, pasando por encima de Inglaterra, después de la guerra de las Malvinas, donde había ocurrido lo

contrario. Un solo héroe basta para reivindicar a todo un grupo, a un país entero. *Y si él ha podido, ¿por qué nosotros no?*

Pero sostener ese discurso, en la medida en que el círculo se cierra cada vez más, se hace cada vez más difícil. Porque la realidad ha democratizado el fracaso, no el éxito.

Y, por cierto: los héroes también se deprimen. Acaso porque, incluso cumplida, la promesa no es, ni de cerca, lo que se ha prometido.

Estoy casado hace quince años, tengo dos hijos. Un buen trabajo con un muy buen salario, aunque siempre es necesario un poco más porque los gastos también aumentan. Hay que pagar colegiaturas. Trabajo de lunes a viernes, así que tengo todo el fin de semana para estar con mi familia. Adoro a mis hijos. Soy feliz. Pero la felicidad es muy aburrida.

Mientras la insatisfacción aparece como casos aislados en miembros de la sociedad, basta con los paliativos dispuestos para ellos: viajes, entretenimiento, nuevas ilusiones y expectativas. Pero, en la medida en que los casos aumentan, se hace más difícil alimentar la fantasía porque se retroalimentan entre sí y se reflejan entre ellos. *Ya casi nadie lo está logrando.* Y para cuando los casos clínicos diagnosticados con depresión en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud, supera los 350 millones de personas y entre 8 y 15% de la población la ha padecido a lo largo de su vida y en la actualidad es la principal causa de discapacidad en todo el mundo, es necesario terminar con los eufemismos: ¡Qué diablos está pasando!

### *La depresión es contagiosa*

La vida se divierte con nuestros sueños;  
enfermos de esperanza, esperamos siempre;  
y la vida no es más que la espera hipostasiada  
(Ciorán, Ese maldito yo, 2002)

El modelo médico ha asumido que la depresión es una enfermedad, propia de procesos bioquímicos y como tal debe ser tratada. Basta con el medicamento correcto y la dosis adecuada para que los pacientes diagnosticados presenten síntomas de recuperación. La

industria farmacológica recibe millones de dólares de ganancias anuales por el consumo de medicamentos cada vez más demandados. A la par de ellos, se incrementan los servicios psiquiátricos, psicoterapéuticos, los grupos de apoyo y, sin embargo...

También se incrementa cada día más la cantidad de personas diagnosticadas con depresión, estrés, ansiedad, *burning out*, o cualquiera de sus variantes. Si es un asunto de bioquímica cerebral, entonces, ¿por qué los casos aumentan año con año? ¿Es un mero asunto de aumento en la capacidad de diagnóstico -siempre hubo, pero no lo sabíamos- o es algo más? ¿Acaso la depresión es contagiosa?

Aunque no se desdeñan los estudios con carácter estrictamente médico que se han enfocado en la bioquímica cerebral de personas diagnosticadas y se asume que, en efecto, con el incremento de los servicios de atención a padecimientos mentales es más fácil establecer un diagnóstico en este sentido, esto no explicaría por completo el incremento exponencial de casos diagnosticados y estimados ni la directa relación que se establece entre ellos y sus condiciones sociales específicas y sus interpretaciones al respecto de ellas ni, por supuesto, la directa relación que encontramos entre las expectativas no realizadas y la depresión.

Para el enfoque médico, la depresión sería la causa y las expectativas no logradas el efecto. Sin embargo, este enfoque no considera que tales expectativas, al ser una construcción social, están íntimamente ligadas al momento histórico y al grupo social al que representan. Además, si partiéramos de esa perspectiva, la depresión aparecería como una de las causas de la reducción de la producción a nivel global, por la directa relación observada *ut supra*, lo cual, a todas luces, resultaría absurdo.

Así que es preciso observar, desde la perspectiva social, que tanto los discursos como la sintomatología corresponden a coincidencias que están directamente relacionadas con el constructo social. Así, se repiten, interminablemente, los mismos términos una y otra y otra vez: no soy feliz, tengo un trabajo mediocre, no encuentro lo que me gusta, no he logrado lo que me he propuesto, soy un mantenido, soy una fracasada, no tengo amigos, mi esposo me dejó, perdí el trabajo, me van a correr, nadie me entiende, me faltan ilusiones, soy un bueno para nada, y múltiples etcéteras. Y su transmutación invertida: *Soy feliz. Pero la felicidad es muy aburrida.*

Mientras el grupo de los enfermos e inadaptados aparece como minoría y no representa un verdadero problema que ponga en duda a la estructura social, ésta los aparta, los recluye o, incluso, los medica. Pero si la cantidad de personas diagnosticadas formalmente con depresión se incrementa año con año y, con ella, también la cantidad de otros padecimientos alternos, y es más común encontrar *síntomas* en una cantidad cada vez mayor de la población general, es preciso voltear hacia los elementos sociales que generan esta sintomatología.

Así, encontramos que, a mayores expectativas, mayor depresión. Estas expectativas son proporcionales respecto al grupo de pertenencia. Lo que para alguien de un grupo determinado representa un empleo mediocre, para alguien más podría representar una aspiración. E, incluso, viceversa; especialmente en casos idealizados como los artistas plásticos, los emprendedores o los escritores malditos, cuya idealización supera la relación con sus ingresos y posibilidades materiales. Esta relación muestra que, aunque la capacidad adquisitiva es fundamental, la generación de expectativas y su idealización está por encima de aquella.

En tanto es posible mantener la ficción de las expectativas, y alimentarlas, la fantasía del crecimiento, desarrollo o progreso personal se mantiene como un proyecto a futuro y se transfiere a las nuevas generaciones. Primero, como padres que, al no conseguirlo para sí mismos, esperan conseguirlo para sus hijos; luego, los hijos para sus hijos, etc. Pero en la medida en que el juego de las expectativas parece cada vez más lejano y la realidad presente cada vez más conflictiva, la ficción comienza a ponerse en duda y, aunque el propio individuo es quien asume la culpa y la vergüenza por no conseguir lo esperado, a mayor cantidad de derrotados, mayor la cantidad de proyección de la derrota en otros.

Cuando los paradigmas sobre los que se posan las expectativas individuales no solo dejan de cumplirse, sino que se muestran más y más lejanas o, incluso, comienzan a ponerse en duda, aunque la sintomatología sea representada de modo individual, el grupo de personas con ella continúa aumentando. Aun sin la conciencia de las causas estructurales, más allá del individuo, por las que estas expectativas no se cumplen, el incremento de personas con el mismo estado *democratiza* la sintomatología. La depresión



comienza a ser *normal* como respuesta a aquellas expectativas cada vez más difíciles de cumplir.

Aún así, la depresión, y los problemas devengados de ella, sigue apareciendo como causa del propio individuo. O bien como un asunto estrictamente bioquímico que requiere medicación, o bien como un desajuste subjetivo e individual que requiere terapia.

Por otra parte, los discursos coyunturales sirven para seguir alimentando la fantasía de millones de personas, desde posturas políticas o proyectos económicos, hasta fraseología de animadores que se riegan por todos los medios de comunicación masiva: *querer es poder, lucha por tus sueños, just do it*.

Incluso proyectos gubernamentales como el emprendedurismo, la competencia, la capacitación, las campañas antidrogas o en contra del suicidio o los institutos para la juventud, entre muchos otros, sirven para alimentar el juego de las expectativas como un asunto propio de cada individuo y en donde el esfuerzo y la dedicación son suficientes para conseguir la realización de expectativas en el largo plazo, siempre y cuando se sigan las reglas y se mantenga impolutas las obligaciones de ciudadanía.

Además, los gobiernos, en su afán de mostrarse como la mejor opción posible, y ganar votos para la siguiente elección, muestran estadísticas para mostrar que *todo va bien*. Reducción del desempleo, crecimiento del PIB, creación de fuentes de trabajo, creación de institutos contra la desigualdad o a favor de la inclusión, etc., hacen que todo parezca en auge. Entonces, si todo va bien, ¿por qué no tengo trabajo? ¿Por qué no tengo expectativas? ¿Por qué me siento así? *Todos lo logran, todos lo consiguen, el culpable soy yo*.

La personalización de la culpa provoca también la generalización respecto a los otros. Basta con un solo caso de referencia para asumir que *todos lo consiguen*. Incluso, reconociendo a otros en condiciones no favorables, desde su perspectiva individual, el sujeto asume que está peor que el resto. *Solo a mí me pasan estas cosas*.

Sin embargo, los *Solo a mí* cada vez somos más. Cada vez hay más y más cocineros a quienes no les sale la receta. El egoísmo privado no se está convirtiendo en espíritu público que me sea devuelto para mi mayor satisfacción y goce. Ser ciudadano del Estado, profesionalista, productivo, padre, esposo, hijo, hermano, compañero de trabajo,

emprendedor, influencer o Doctor en Física Aplicada no está significando que nos sintamos satisfechos.

Por el contrario, cumplir con todo ello, y sus múltiples derivaciones, está provocando lo contrario.

En sociedades donde las actividades y deberes sociales son responsabilidad de un grupo que las realiza de modo colectivo, esta responsabilidad se reparte entre todos los miembros del grupo y su ocurrencia no depende de uno solo. Por tanto, los resultados obtenidos son responsabilidad de todos los participantes, no de uno solo. A la inversa, los resultados no obtenidos también son responsabilidad de todos los participantes, no de uno solo. Así que la dialéctica del éxito y el fracaso, y la culpa y la vergüenza por este último, también se distribuye.

En una sociedad individualista, del mismo modo que pregona que todos los éxitos son individuales, también lo serán todos los fracasos. En la medida en que la cantidad de supuestos fracasos se incrementa en un individuo, su condición de fracaso general aumentará. En la medida en que mayor cantidad de individuos representen una condición de fracaso, la condición de fracaso general en la sociedad también aumentará. Y, del mismo modo que la perspectiva individual ha obnubilado las causas estructurales y las ha presentado como un asunto del individuo, éste, al incrementarse la cantidad de individuos con el mismo padecimiento, evidenciará *que algo no está bien*.

La promoción del *American way of life*, a través de cientos de campañas publicitarias a lo largo de todo el siglo XX, provocó que miles de millones de personas a nivel mundial se contagiaron. Los slogans publicitarios se regaron por todo el mundo: *Just do it, Impossible is nothing, Think diferent, Porque yo lo valgo*, se volvieron frases que, en su reduccionismo, no mostraban todos los intermedios para que eso ocurriera y, sin embargo, se convirtieron en lo que se esperaba que fueran: un estilo de vida. Más aún: El único estilo de vida.

El slogan no contaba el resto de la historia, ni lo pretendía. No obstante, los consumidores, al asumirlos como verdades irreductibles, trataron de reproducirlos. Y ellos sí que se vieron impelidos a contar el resto de la historia para lograrlo. No basta con querer

hacerlo, lo posible no solo depende de sí mismo, ser algo diferente no es recomendable, lo que vales lo deciden otros, no tú. Entonces comienza el camino a la inversa: *El American way of death*.

## Conclusión. Un ejército industrial de reservas en depresión

Con el crecimiento industrial del siglo XIX, y la creación de una clase media aspiracional, comenzó a gestarse en el imaginario colectivo la posibilidad del progreso material individual y el incremento de las expectativas. Una mayor movilidad social para un grupo de personas significó que se asumiera que era posible una mayor movilidad social para *todas las personas*.

El ejército industrial de reservas en torno a las ciudades se incrementó, en espera de *una oportunidad*. Los que lograban ascender empezaban a distanciarse de aquellos del mismo grupo de donde habían surgido, lo cual alimentaba aún más el discurso del mérito y el esfuerzo individual como la condición más importante para tal movilidad. Aunque iba de la mano de un incremento en el poder adquisitivo, lo que sostenía aún más el incremento de las expectativas era el cambio de estatus social. *Ya no soy eso, ahora soy mejor*.

Esta creencia ha sostenido por más de doscientos años a las clases medias de la sociedad occidental. Las expectativas individuales se sostienen directamente de las expectativas de movilidad social. En tanto aparece como posible perseguir esa aspiración, las expectativas continúan e, incluso, se incrementan *El cielo es el límite*.

Como se ha dicho más arriba, los tiempos de bonanza ayudan a incrementar esas expectativas en el imaginario colectivo. A su vez, en tiempos de crisis, se pone en duda la capacidad individual de conseguirlo. En directa consonancia con el nivel de crisis general ocurre el nivel de crisis individual. A mayor crisis general, mayor crisis individual.

Si el periodo de crisis general es corto o no parece lo suficientemente grave, también corto y no tan grave podrá ser el periodo de crisis individual. No obstante, como sabemos, estos periodos de crisis general son cada vez más recurrentes y cada vez más largo. A su vez, el auge es cada vez más corto y recibe a cada vez menos miembros entre

sus filas. Por lo que, no solo cada vez hay menos movilidad social ascendente, también hay cada vez más movilidad social descendente. El ejército industrial de reservas no solo no disminuye, se incrementa.

Del mismo modo que la posibilidad de movilidad social ascendente sirve de motor aspiracional, la posibilidad y/o concreción de la movilidad social descendente sirve para que el motor aspiracional pierda presión. El retorno, o su posibilidad, genera depresión. A mayor crisis general, mayor incremento de derrotados, mayor incremento de deprimidos. El ejército industrial de reservas se incrementa, no solo material, sino subjetivamente.

Así que, no solo hoy en día hay 300 millones de deprimidos en el mundo, cada vez habrá más. No solo hoy en día entre el 8 y el 15% de la población ha sufrido depresión alguna vez en su vida, cada vez habrá más, y cada vez será más prolongada. No solo hoy en día es un asunto de adultos que no han logrado realizar sus expectativas, la transferencia de padres a hijos, de maestros a estudiantes, de líderes de opinión a público, cada vez será mayor. A su vez, cada vez más temprana la edad en que se presenta la sintomatología y, por tanto, cada vez mayor el número de personas diagnosticadas.

En el mundo del siglo XXI, las nuevas generaciones han incrementado exponencialmente los discursos de las décadas anteriores. Si *Just do it* ya aparecía como un reduccionismo que no evidenciaba, y no quería hacerlo, todas las condiciones estructurales necesarias para que la sentencia se cumpliera, en los discursos actuales esa expectativa se ha hecho aún más grande: *Just dream it*. Solo suéñalo. Ni siquiera hay que hacer nada, basta con imaginarlo para que ocurra. La expectativa no solo se ha transferido de generación en generación, se ha incrementado. Por tanto, también, su contraria: la derrota.

No solo tendremos más y más deprimidos, de menos y menos edad cada vez, y cuyos síntomas durarán por cada vez más tiempo, también tendremos síntomas cada vez más y más agudos. La sociedad occidental contemporánea está creando un ejército de reservas deprimido.

Y, entonces, ¿qué sigue? ¿Por cuánto tiempo seguirá apareciendo como problema individual lo que es un asunto social y público? ¿Qué hacer con ese ejército de reservas cada vez mayor y con síntomas más agudos que, desde lo individual, son la representación

del malestar crónico de la sociedad? ¿Hasta cuánto el *Malestar en la Cultura* seguirá apareciendo como un asunto de malestar individual y no colectivo? ¿Qué sigue cuando el grito de desesperanza individual se vuelva colectivo? ¿Qué es lo que hay detrás del grito?

# Detrás del Grito. A modo de Conclusión General: No son individuos gritando. Es una sociedad desesperada.

En el principio es el grito. Nosotros gritamos.

Cuando escribimos o cuando leemos, es fácil olvidar que en el principio no es el verbo sino el grito. Ante la mutilación de vidas humanas provocada por el capitalismo, un grito de tristeza, un grito de horror, un grito de rabia, un grito de rechazo: ¡NO!

Con estas palabras, comienza el libro *Cambiar el mundo sin tomar el poder* (2000) de John Holloway. El grito constituye el punto de partida de la autodeterminación, de toda revolución y de la esperanza. El grito es, desde la subjetividad misma de un sujeto histórico concreto –que se percibe a sí mismo–, la primaria expresión del descontento (por eso, precede al verbo que, de acuerdo con Freud, hizo posible el acto civilizatorio – *en el principio no es el verbo, sino el grito*). El sujeto –constituido en un nosotros– grita al horror del mundo.

Para Holloway, cada grito es continente de una esperanza y cada sujeto lo es a su vez de un grito. El silencio es, en cualquier caso, una antesala del grito y nunca posterior al mismo (una vez que se grita, ya no hay vuelta atrás, a lo mucho, habrá el verbo).

Con ello, y por ello, al grito, al acto del grito, Holloway lo descubre, lo desvela como un movimiento indispensable hacia la autodeterminación. Ambiguamente, esa autodeterminación podría ser leída como una posibilidad utópica, como el logro de una comunidad reconciliada o como la expectativa a la compleja noción de felicidad posible o no posible.

Somos mujeres y hombres, niños y ancianos bastante comunes, es decir rebeldes, inconformes, incómodos, soñadores.” (*La Jornada*, México, 04/08/1999).

En cualquier caso, el grito es el camino, o, mejor dicho, el grito es el movimiento. Y Holloway se cuida mucho de no establecer un mapa de ruta, ni las claves del destino. No se guarda palabras ni descripciones para exclamar que no existe destino, si acaso, que no sea utópico. Es decir, el grito es el movimiento, pero no un movimiento hacia, porque no existe un hacia dónde. Es sólo movimiento; necesario, encendedor, acaso urgente.

Se trata más bien de un movimiento hacia fuera, un camino que se hace al andar, caminando en la oscuridad, guiado solamente por la luz que proviene de la estrella utópica de nuestras propias proyecciones.  
(Holloway J. , 2000)

Y, sin embargo, Holloway insiste, no tangencialmente, en el concepto de la autodeterminación. Y yo no estoy en condiciones de discutir el concepto de autodeterminación (ya muchos autores lo han discutido con brillantez). Y tampoco es mi interés profundizar en él más que como valor utópico, ya que me interpela, dialécticamente, como contrario antagonista al concepto de depresión.

Porque si hay algo que define a la depresión, ese algo es el acto de contener, en una identidad, el no-movimiento, el no-acto, el no-camino y la no-esperanza. Fuera de los límites del rígido y reducido discurso del modelo médico de salud mental, la experiencia de la depresión es la experiencia total de la no-autodeterminación.

Es más, si tuviera que definir a la depresión, utilizaría la descripción que hace Holloway en *Contra y más allá del Capital*, sobre el movimiento de separación del capital; tal vez por el hecho de que la depresión es, de facto, el último efecto del capital; es, en la práctica del sujeto de a pie, la expresión total, totalitaria del sistema que aliena y atropella al individuo. Es el resultado de la fetichización (ahora sí) completa del sujeto y de su subjetividad. Es la última frontera. Para Holloway (2006), el capital es, y para mí, la depresión es:

... un separarnos de aquello que hemos hecho desde nosotros mismos, los hacedores; una separación de los hacedores entre sí, una separación de lo colectivo de nuestro control, una separación de lo público y lo privado, de lo político y lo económico, y así, sucesivamente. Esta

separación es un movimiento de clasificación, de definición, de contención. Es por medio de este movimiento de separación contención que somos excluidos de toda posibilidad de determinar nuestro propio hacer.

*El impulso hacia la autodeterminación connota un movimiento constante, una búsqueda constante y un experimentar* (Holloway J. , 2006). Mientras que la depresión tiene connotaciones de inmovilidad dolorosa, de ausencia de curiosidad (para Jung, la depresión es la omisión de la curiosidad) y de imposibilidad de experimentar (cualquier experiencia, pero, sobre todo, placer).

La autodeterminación sería no estar contenido en identidades, sino moverse en contra y más allá de ellas. Su expresión estaría en formas a las que comúnmente nos referimos como amor, amistad, camaradería, respeto, cooperación, satisfacción, deseo, miradas... formas que van sobre un reconocimiento mutuo de dignidad humana compartida. Bien dice Holloway que, si la autodeterminación es algo, ese algo sería movimiento.

Y la depresión es una identidad, contraria y negativa al sujeto mismo. Su experiencia primaria es la inmovilidad, el no-movimiento. Es la ausencia de energía, de impulso para el movimiento, cualquier movimiento. Es la destrucción de la relación con el Otro, con cualquier Otro, con todo el colectivo. Es la sensación de ausencia de dignidad como humano. Es la expresión máxima de una precariedad que ya no necesita ser económica, basta con que sea creativa. Es el dolor por la ausencia. Es el hueco que deja lo extraído. Es el hartazgo y el cansancio de todo. La depresión es el silencio.

Es así, que, para hablar dialécticamente de la identidad negativa de la autodeterminación, ya no se pueda hablar sólo de representación (aunque sí<sup>118</sup>), y tampoco del concepto de alienación (aunque también<sup>119</sup>), de ahora en adelante, en su forma

---

<sup>118</sup> Si la representación es la atomización de los individuos (y la fetichización de tiempo y espacio) impuesta por el capital, la representación es el principal trabajo del modelo médico de atención a la salud mental.

<sup>119</sup> Si la alienación es la producción de seres humanos dañados, privados de su humanidad, la alienación es la etiquetación diagnóstica de depresión. La depresión es alienación.



antagonista, tendremos que hablar – lamentablemente – de depresión. Y tal vez, lo mismo aplique para la esperanza.

Porque si la autodeterminación es un *nosotros* consciente de sí, la depresión es la ausencia total de un yo colectivo: Es la individuación máxima. Es el total aislamiento.

Y porque si la esperanza es el todavía no, aún; la depresión es el ya nunca más.

Por eso, me parece importante elevar la discusión sobre el grito. Y cuestionar la relación dialéctica entre el grito y el rechazo y entre el grito y la esperanza.

Hablemos sobre la relación entre el grito y el NO; sobre si éste NO es un no categórico y definitivo o si apenas es, como todo grito, un momento en el tiempo, e incluso, una serie de momentos en el tiempo, pero que, sin embargo, no logra ser sostenido. Pues como lo afirma Jameson (1989), como consecuencia de la destrucción de la cadena de significantes, el tiempo hoy queda reducido a una expresión de presentes puros desconectados entre sí. Se trata de rodajas de tiempo digital, dando forma a una cultura rápida ahistórica y sin memoria.

¿Cuántas veces puedo decir NO? ¿Cuántas veces puedo gritar ¡NO! ¡NO! ¡NO! y ¡NO!? ¿Cuántas veces puedo gritar NO, otra vez, por primera vez? ¿Cuánto tiempo pasará para que ese grito, lleno de deseo y voluntad, se empiece a apagar y deje de ser escuchado?

¿Todo grito es un ¡NO! de rechazo?

Por otra parte, es importante cuestionar al grito como el primer acto de la esperanza. No sólo como el movimiento hacia la esperanza, sino movimiento en sí de esperanza. Para Holloway, el grito lleva en sí a la rebeldía y toda rebeldía es esperanzadora. Pero hay gritos que son de horror. Hay gritos de desesperanza. Hay gritos que nadie escuchó jamás. Hay gritos que se congelan en el tiempo y no se callan nunca. Y hay gritos que nunca, nunca se gritaron.

Así como la esperanza se transforma en un fetichismo del futuro, que hace del pasado un prólogo y del presente, mera expectativa. Fetichizar al grito es identificarlo con cualidades que olvidan su propio antagonismo, su propia negación. Porque un grito,

también es, y al mismo tiempo, un no-grito. Que no sólo es silencio, sino un silencio que no fue grito. Porque a ese no-grito, aquí lo llamamos depresión.

Entonces, el capital sería el mecanismo de acción de un sistema ideológico que cooptaría al sujeto de consumo en un esquema de individuación que lo separaría, no sólo de su hacer, sino de su ser-en-sí. Por tanto, se articula alrededor de la instrumentalización de todas las subjetividades y de la negación del impulso de autodeterminación.

Esto es, el capitalismo muestra crecientemente una incapacidad de hacer frente a los problemas que genera, incubando una profunda crisis de legitimación, cuya manifestación más visible es la creciente oleada y paulatina articulación de los movimientos por una mundialización alternativa. El creciente autoritarismo, el recurso a la violencia y a la guerra no hacen más que hacer patente esa incapacidad. La percepción creciente en las poblaciones de estos riesgos derivados del escaso control que poseen sobre las decisiones que afectan a sus vidas puede llevar a un mayor «toma de conciencia». Pues el individualismo extremo que el economicismo neoliberal propaga choca con la percepción creciente de las gentes de habitar un único mundo que ella también genera, debido a la mundialización económica que impulsa, la crisis ecológica y los fenómenos migratorios que ocasiona, así como las guerras con las que amenaza.

Lo mismo se da en el capitalismo. El capitalismo es una forma de organización que promueve una articulación de nuestras contradicciones que es altamente destructiva tanto desde el punto de vista social como del individual. (Holloway J. , 2006)

Y, aunque Holloway logra ver que el antagonismo y la lucha ya está impregnada en toda la existencia humana e incluso acepta que es una lucha de la que no podemos escapar, no logra ver el alcance total del mismo proceso si no es capaz de ver, en toda su abrumadora expresión, que el grito ha sido silenciado.

Que hemos sido derrotados.

Que 300 millones de personas alrededor del mundo han sido mandados a callar a través de una etiqueta diagnóstica que les dice que su grito y su desesperación son un problema neuroquímico resultado de un cerebro descompuesto.

Que la depresión es silencio. O, mejor dicho, el acallamiento. El silencio que viene después de un grito que no escucha nadie. Es la expresión de la desesperación que surge cuando ya no podemos gritar. A Holloway se le olvidó que un grito no dura toda una vida.

Y que, en todo caso, se le pasó que el bombardeo de horror al que nos arroja el capitalismo no necesariamente incita a que la gente se levante y actúe, y no conlleva necesariamente a la rebeldía. Un grito silencioso, ese “desangrarse interno de volcanes sofocados” no siempre se transforma en un tenue murmullo de descontento.

Un hilo constante acallamientos, una sucesión menosprecios, una sucesión de humillaciones puede crear un sentido de “impotencia aprendida”<sup>120</sup>, arrebatándonos el poder-hacer que nos obliga a dejar de pelear, ya fatigados, carentes de recursos para afrontar el atropello, por la aparente impotencia respecto de los eventos que nos rodean.

De hecho, si una persona no dispone de un mecanismo para escapar o evitar una agresión, una acto violento o un atropello – y convengamos: el capitalismo se ha encargado de esquilmar todos los mecanismos de defensa y protección, para después vendérselos –, si la persona no puede protegerse, le lleva, a nivel psicológico, a un estado en el que no puede predecir ni controlar la situación, con lo que aprende a no reaccionar de ninguna manera, aun cuando más tarde se le proporcionen herramientas para hacerlo.

Dicho de otro modo, y por poner un ejemplo, si comparásemos a los actuales estudiantes con los estudiantes de 1960, los actuales jóvenes tienen un menor o nulo compromiso político, pero es posible suponer que el problema no es de apatía sino de impotencia. El saber que nada de lo que se haga generará un cambio en la realidad, tiene

---

<sup>120</sup> La indefensión aprendida se entiende como el aprendizaje que tiene un animal (incluyendo el humano) de no poder, no ser capaz de defenderse ante una amenaza que le es muy superior y de la cual, después de varios intentos de eliminar, evadir o bloquear y no lograrlo, lo que “aprende” es que no se puede y deja de intentarlo. Los experimentos realizados con perros son elocuentes. Para ver todo el experimento léase a Martin Seligman

como consecuencia que no se haga nada y esta actitud funciona como una profecía autocumplida que reafirma la persistencia del silencio.

El grito en-contra ya no existe en todos y cada uno de los humanos violentados y oprimidos por el capitalismo. Ya no es un asunto de diferente grado de intensidad. La depresión es la anulación completa del poder hacer. Es el resultado de la expansión total del poder-sobre que el capital supone. Es cuando se anula la oposición, cuando desaparece la determinación, es cuando la lucha deja de ser *inter* y se convierte en *intra* exclusivamente. Y para 300 millones de personas en el mundo (y contando) ya no hay salida.

El escritor Thomas Bernhard cierra su relato *Ungenach* (1975) (traducido como *Inexacto*) con esta brutal reflexión:

Creemos haber vivido y, en realidad, hemos muerto lentamente. Creemos que todo ha sido una lección, y sin embargo no fue más que una extravagancia. Miramos y reflexionamos y tenemos que contemplar cómo todo lo que miramos y lo que reflexionamos se retira, cómo el mundo que nos propusimos dominar o, por lo menos, cambiar, se nos retira, cómo el pasado y el futuro que nos retiran, como nos retiramos de nosotros, y cómo, con el tiempo, todo nos resulta imposible. Existimos todos en un ambiente de catástrofe. Nuestra disposición es una disposición que tiende a la anarquía. Todo lo que hay en nosotros está continuamente bajo sospecha. Donde está la debilidad mental, donde no está, está la insoportabilidad. En el fondo, el mundo, desde dondequiera que lo miremos, se compone de insoportabilidad. El mundo nos resulta cada vez más insoportable. El que soportemos lo insoportable es la capacidad para el tormento y el dolor, durante toda la vida, de cada uno, hay en ello algunos elementos irónicos, un idiotismo irracional, y todo lo demás es calumnia. (Bernhard, 1975)

Aspirar al grito cuando no se tiene garganta sólo conduce a un silencio desesperado y pone el dedo en la llaga: pareciera que se pretende que la desesperación y la agonía sólo sean

preliminares, que el ideal consiste en elevar el grito. Pero, cuando se vive durante mucho tiempo sometido a su influencia no quedan más que automatismos.

Calificar la agonía del silencio como un acto de egoísmo y elevar al grito como acto de generosa rebelión, es también un doble acallamiento. Al grito nos lo ofrecen, pero ¿cómo quieren que lo aceptemos viniendo de un exterior tan hostil?

Y ¿cómo gritar cuando somos torturados a todas horas por la obsesión de la autoconsciencia depresiva? ¿Se dan cuenta, quienes proponen gritar, de lo que significa el temor de un hundimiento inminente, el suplicio constante de ese terrible presentimiento?

A ello se añade la conciencia del fracaso, más persistente aún que el de la tristeza...

La gran pregunta es: ¿Por qué hay tan poca gente gritando hoy en día? ¿Por qué, los que gritan, no se comunican? ¿Por qué no llaman a voces? ¿Por qué hay tan pocos gritos? (llámese revolucionarios, rebeldes, disidentes, insubordinados o transgresores) a saber. Las militancias y los activismos hoy se circunscriben a algunas academias, a pequeños grupúsculos aislados y contravenidos entre ellos y a salvar a las ballenas del ártico. Poco más.

Tal vez la respuesta es porque eso sí, el silencio organiza, acomoda, identifica, representa. 300 millones de personas ajustadas perfectamente a los parámetros requeridos. Todas agonizando y todas tratando de enmendar sus errores –sus propios y personalísimos errores–. Nadie gritando en contra. Incluso, bien organizados, aprovechan la repercusión, la influencia, la moda de las redes sociales para difundir – y contagiar, sobre todo contagiar– su desolación mediante ácidos *twits* y posteos de amargura, escribiendo desconsoladores mensajes en los muros de Facebook.

Podría sonar paradójico, pero no lo es, el silencio logra que la depresión sea *trending topic*, tema de la semana, del mes, del año, portada de la revista *Time*<sup>121</sup>. El

---

<sup>121</sup> Se ha vuelto casi una moda mostrar apoyo a personas con problemas de salud mental. Usar una pulsera por la depresión. Empezar un *hashtag* para prevenir el suicidio. Hacer que una celebridad pose en Instagram para apoyar una carrera contra la ansiedad. El fácil activismo en redes. Ya es un poco cansado leer las mismas publicaciones pasivo-agresivas en redes sociales de “Conciencia sobre la depresión en Facebook” (“¡COPIA Y PEGA, NO COMPARTAS!”). Sin alma y chantajistas, no son más que estrategias de acallamiento de conciencias, de nuevo, solo hacen que la olla de presión del grito se libere.

sistema ha encontrado la manera de organizar al silencio (y, por tanto, en la práctica, acallar cualquier intento de grito): se llama modelo médico de atención a la salud mental. Se llama Depresión. Así, simula que le da voz a las personas, sin embargo sólo se lo da a la etiqueta. Por eso, tanta gente, y al mismo tiempo, se contagia por internet.

Todo lo tapa, todo lo maquilla la locución *trastorno mental*, es, como todo diagnóstico, tranquilizador, pero “la realidad es que la expresión *trastorno mental* es un absurdo devastador [...] Cuando la gente no sabe ya que decir o no saben nada en absoluto, habla de trastorno mental, lo mismo que por todas partes en todos los casos [...] todo el mundo, por el culto que sea, aduce siempre el llamado *trastorno mental* cuando se agotan la razón, la sensatez y el sentimiento. Con el concepto de *trastorno mental*, que no es ningún concepto, que no puede ser ningún concepto, se siembra entre los hombres el mayor de los de los desórdenes y con esa expresión en calidad de concepto se traza siempre una raya final sin conciencia bajo todos los asuntos humanos y, sobre todo, inhumanos, por todas partes se abusa de ese concepto inadmisibles, que no es un concepto, y pueblos enteros escriben, [...] bajo su contabilidad en todo caso siempre estremecedora, una y otra vez la expresión *trastorno mental*”. (Ciorán, En las cimas de la Desesperación, 1991)

Al final, Holloway no sabe, no tiene por qué saberlo<sup>122</sup>, que, en el paradigma de la salud mental, la etiquetación diagnóstica de depresión no es otra cosa que una fábrica de individuos que, después de ser derrotados, han sido silenciados; cada diagnóstico no es otra cosa que un ¡SSSHHHHT TE CALLAS! ¡Arréglate a ti mismo y luego vuelve al trabajo!

El silencio es el microcosmos de una derrota histórica que está sucediendo ahora mismo en todo el mundo occidental. Y a ese silencio, a esa tragedia, le llamamos depresión.

En el principio fue el silencio.

---

<sup>122</sup> Nadie lo hace. Al final, la imagen de la Hidra tiene también esa connotación: son mil cabezas, y alcanzaremos a ver, con mucho esfuerzo, unas cuantas.

Luego vino el grito.  
El grito se hizo verbo.  
Y habitó entre nosotros.  
Entonces el verbo mató al grito,  
(Y luego el mercado mató al verbo).  
... y nosotros asumimos toda la culpa.  
(sólo quedó el ruido estático del fondo)  
Y vio Dios que era bueno,  
y a eso le llamó Depresión.

¿Hay salida? ¿Hay alternativas?

Si. Y es el mismo Holloway el que las propone<sup>123</sup>.

¡Gritar! ¡Gritar más fuerte!

Gritar por todos aquellos que ya no tienen voz

(y en su caso, ni voto en su tratamiento).

Gritar, cada vez más fuerte.

¡Gritar que la depresión no es una enfermedad! No es individual.

Es estructural.

La enfermedad está en la estructura

La enfermedad es la estructura

¡LA DEPRESIÓN ES ESTRUCTURAL!!!

---

<sup>123</sup> De hecho, Holloway también permite y alienta la no-congruencia, y la no-coherencia (Holloway J. , 2000). También como un acto de no definición. Es un desacuerdo, también en contra de nosotros mismos.

Gritar que no estamos mal. Gritar que no hay daño neuroquímico alguno. Gritar que si algo está dañado es el sistema.

Gritar que 300 millones de personas no están solas.

Gritar que hay opciones. Que la dirección del foco de atención sobre lo que estamos viviendo no se encuentra dentro de nuestro cerebro, ni en nuestra autoestima ni en nuestras emociones y, mucho menos en nuestro dañado pensamiento negativo. Que el foco debe volver (sí, volver) al sistema, a la estructura, al proceso de dominación al que estamos constreñidos.

¡Gritar que el capitalismo no es natural!

Gritar para volverle a dar poder a las personas. Gritar para conectar.

Gritar para ser escuchado. Gritar para no estar solos.

Crear grietas en el sistema de dominación capitalista de tantas maneras como sea posible, y dejar que se extiendan, se multipliquen y fluyan juntas. (Holloway J. , 2000)

Escribir tesis, artículos, dar conferencias y talleres, sustentar teóricamente los argumentos. Seguir investigando. Abrir las categorías, más categorías, todas las categorías...

Las grietas ya existen, podemos verlas. Son espacios de rebelión donde se afirma un tipo diferente de hacer. Son, por ahora, sólo intersticios, insuficientes, pero que marcan un camino. Es desde ellas que comenzamos, desde lo particular, desde nuestro enfado por un mundo que nos es cada vez más extraño y más hostil. Es desde ellas que puede empezar a romperse la noche oscura. (Holloway J. , 2000)

No hay mucho más.



# Epílogo.

## *Incluso en estos tiempos*

A pesar la desilusión, o tal vez por ella, me identifico con uno de los principios fundamentales del pensamiento crítico: El cuestionamiento del status quo y el estudio de las condiciones materiales y culturales del mundo en que vivimos no sólo me parece indispensable sino urgente. Pero siento que algo se ha perdido en el espíritu crítico ante sí mismo.

Cuando uno lee las teorías que sustentan a la crítica del modelo actual (modelo positivo, poscapitalista, posmoderno, neoliberal, posapocalíptico, o como se le quiera llamar) lo que se encuentra, sobre todo, son pequeñas guerras intestinas entre escuelas que bien podrían deberse a regionalismos absurdos o a pequeñas diferencias epistemológicas<sup>124</sup>.

La crítica actual parece tirar de fobias e ismos para dividirse cada vez más en un patidifuso interseccional de misantropía. Mientras tanto, el positivismo se instala en todas las escuelas de ciencias sociales alrededor del mundo, el pensamiento conservador de ultraderecha proclama leyes en todos los países y Trump, Bolsonaro y Johnson ganan elecciones nacionales. Al tiempo, todos parecen obsesionados con el concepto de la pureza ideológica, una moralidad maniqueísta del ustedes contra el nosotros.

Tal pareciera que el pensamiento crítico está en su punto más débil, si cabe, en toda la historia moderna. No es lo suficientemente sólido como para sostenerse por sí mismo en el contexto social, y, de hecho, casi no mantiene relación con el fenómeno social; un sinsentido total, ya que si se inhibe el objetivo de la crítica –transgredir al orden que guarda la sociedad misma–, se contraviene a la crítica misma. Tal vez por eso es que se ha condenado a la academia de congresos y tesis doctorales. No exagero cuando afirmo que la crítica está en horas bajas.

Aun así, apuesto por una modesta crítica al modelo positivo instaurado en una de las ciencias sociales de mayor anclaje en la cultura actual: la psicología.

---

<sup>124</sup> Marxistas vs estructuralistas vs posestructuralistas vs posmodernos vs postapocalípticos. Alemanes contra franceses contra ingleses. Adornianos vs habermasianos... sólo por mencionar los obvios.

Basado en mis propias experiencias en consultorio y mis amplias navegaciones por las redes sociales (registro mi falta de militancia; no he participado en activismos desde el siglo pasado) aquí estoy, reconozco derrotado: psicólogo psicoterapeuta sin sólidas bases sociológicas intentando romper el encanto de las normativas que le imponen las instituciones de salud mental. Aquí estoy, dispuesto a usar el cañón del pensamiento crítico.

Mi gran justificación es que, aún desde la confusión, de un tiempo a esta parte, he visto al lenguaje adoptar nuevas nomenclaturas y conceptos diseñados, no para el pensamiento racional, no para el entendimiento humano, sino para tocar la fibra sensible de una sociedad cada vez más infantilizada en su discurso. Durante los dos primeros capítulos me he esmerado en demostrar que la psicología clínica ha robado espacios lingüísticos para simplificar al absurdo la experiencia humana. La historia de la depresión como enfermedad mental es sólo uno de sus ejemplos, pero lo es en su máxima expresión.

Para poder sedimentar toda esta crítica, fue necesario pasar por esa zona árida que no existe *per se* pero en la que se puede divagar –con pinzas, eso sí– entre tres polos no sólo disímiles sino a veces excluyentes entre sí: la teoría crítica de la escuela de Frankfurt, la crítica epistémica foucaultiana, y el psicoanálisis lacaniano. Sustancialmente, estas tres escuelas de pensamiento son recogidas, y magistralmente, por un autor: Byung Chul Han, al cual le debo la mitad de esta tesis y la mayoría de mis divagaciones finales.

Es de esperarse que, al escribir alrededor de pensadores complejos, necesariamente caiga en la simplificación y la caricatura para tomarlos como referentes al abarcar el tema de la enfermedad mental, sin embargo, (haciendo los correspondientes malabares intelectuales) estos constructos me permitieron señalar las debilidades de una ideología que, lejos de ser liberadora como lo lleva afirmando por más de 80 años, es más un templo de dogmas autoritarios.

### *Yo también sé jugarme la boca.*

Por eso, los únicos enemigos a los que critico en esta tesis no son, como pareciera, y como yo mismo lo pensé al iniciar, ni la psiquiatría ni la psicología clínica ni el modelo médico de atención a la salud mental de occidente. Un enemigo insospechado –tuve placer de re-conocerlo al escribir esta tesis– es al moralismo. Un elemento o fenómeno que está por encima de la institución y un escalón debajo del sistema. Reconozco su infección en ambos

lados del espectro de la mal llamada salud mental y no me dio la vida para mencionarlo en ningún capítulo, pero me urgió dejar constancia de su espectro.

El moralismo es, ante todo, una negación de la libertad moral y conductual; del pensamiento, de la palabra, de la obra y de la omisión. Es el juicio a una conducta que debe ser censurada, es el balance de una emoción que no debe permitirse, es el espíritu de una inquisición normativa que hay que implementar en mor de una productividad absurda. Y es el sueño más erótico del hombre de paja que representa al republicano norteamericano, al panista mexicano y al uribista colombiano... todos ellos, mercadólogos de una ideología neoliberal capitalista que hoy apenas les alcanza para caricaturizarse a sí mismo.

El moralista es un ser (¿patológico quizá?) incapaz de aceptar sus propias contradicciones, y que se alza, condescendiente, sobre el faro de la virtud que le da cualquier institución normativa. Antes, desde la institución religiosa, se hacía llamar Virtuoso, Santo, Libre de pecado, apodo que le otorgaba el salvoconducto y el derecho de llegar al paraíso. Ahora le llaman Cuerdo, Normal, Emprendedor y Lleno de pensamientos positivos y, desde la institución psicológica, esas etiquetas le ofrecen el sucedáneo del paraíso moderno: le llaman Felicidad, le llaman Éxito.

Psicología y Psiquiatría (y todo el modelo teórico en el que se sustentan y construyen) se erigen ahora como los nuevos defensores de lo que debe ser, pensar y sentir el ser humano para ser considerado bueno, para ser considerado humano. Ya no necesitamos de sacerdotes y monjes inquisidores para sabernos herejes y pecadores, ahora, con un buen diagnóstico – profesional y avalado por “la ciencia”–, somos depresivos, somos bipolares, somos limítrofes y distímicos.

No son palabras menores, aunque mucho menos son asépticas o neutras; pero son las que se han expandido por el mundo. Y sus promotores, con sus discursos uniformes y predecibles, se aferran a la certeza que se obtiene de lo que está bien y lo que está mal: de lo que es blanco o negro. Pero mi experiencia me ha enseñado a dudar de los abanderados de las certezas que, como dueños de la verdad, esperan que todo sea como debe ser.

Y el fenómeno se extiende, se masifica y se normaliza. Hay demasiados guardianes de la epistemología clínica en las academias, en los centros de salud y en las redes sociales

intentando moderar un lenguaje que consideran subversivo o anticientífico o analogista. Seguros de que su semántica perfecta, taxonómica y médica puede arreglar al mundo, empezando, sobre todo, por arreglar al humano. Uno no puede evitar sospechar que, tras el lienzo del lenguaje médico, el moralista no está sino refugiándose en la trastienda de sus propios pecados (poco) originales.

Poco importa ya que no sean capaces de probar sus propias hipótesis<sup>125</sup>, que distorsionen la realidad o que directamente destruyan la vida de millones de personas: son aquellos que se entrometen con lecciones solemnes –científicas, estadísticas y con lenguaje médico– de cómo debería ser la vida de todos los humanos sobre esta tierra.

De hecho, a mí mismo, un obrero de la misma profesión, no le han faltado etiquetas: para algunos soy depresivo, para otros, un narcisista y, en últimas fechas, en redes sociales se han acumulado las acusaciones de psicopatía. En cualquier caso, requiero un tratamiento<sup>126</sup>. Unos me acusan de traidor a la profesión, otros de simple resentido, retórico y anti-psiquiatra, qué se yo... He perdido la cuenta ya de tantos pecados (de nuevo, poco) originales.

Por eso, en esta tesis, preferí centrarme en la crítica de la depresión, no como experiencia, no como dolencia y ni siquiera como sensación, sino como enfermedad... y enfermedad mental para más inri. Y es que veo en el tratamiento a la depresión todos los defectos de los métodos e ideas del sistema de salud mental contemporáneo. Al tiempo que veo, en el paradigma de la salud mental, la expresión máxima de la fábrica de individuos aislados y derrotados; es también el microcosmos de una capitulación histórica que está sucediendo ahora mismo en todo el mundo occidental.

Por eso, después de analizar y solazarme en los problemas actuales de la psicología clínica en los primeros dos capítulos, hube de dar un paso atrás en la historia en el tercero, puesto que “después de andar en la desembocadura, conviene explorar río arriba y descubrir

---

<sup>125</sup> Que no pueda predecir la conducta o que la “cura” tampoco esté funcionando ya tampoco importa para probar que su estrategia funciona.

<sup>126</sup> También he sido “diagnosticado” con trastorno por déficit de atención adulto, de trastorno antisocial de la personalidad y trastorno bipolar tipo 2.

desde donde baja tanta mierda...”. En el cuarto capítulo exploré la experiencia viva de aquellas personas que han sido diagnosticadas o se hacen llamar deprimidas.

Mientras que, en los primeros tres capítulos, he pretendido sentar las bases sociológicas, psicológicas y filosóficas de la llamada Depresión, en el último hago lo que se está necesitando, ensuciarse las manos en el barro y explicar cómo las narrativas de la salud mental afectan la herencia ideológica de todos los habitantes del planeta.

Y entender cómo, con interpretaciones moralistas e interesadas, se ha llegado a empañar toda nuestra visión de los fenómenos psíquicos y sociales. A tal punto que nos entendemos a nosotros mismos a través de un estado de completa debilidad frente a las ideologías positivas del modelo médico pues resultan mucho más seductoras y, paradójicamente, más inclusivas que cualquier hipótesis deconstructiva contemporánea.

### *En el sepelio de las decepciones*

Porque para mí desgracia, toda la crítica a la episteme clínica del modelo de salud mental no cabe en una sola tesis, y todo el análisis del fenómeno depresivo en nuestra sociedad daría para un monumento enciclopédico. Como siempre, esto es solo una simplificación que no tiene espacio para atender a todos los matices y no aspira a ello.

La verdad, toda la verdad y nada más que la verdad, no está en los libros, y en esta tesis menos que en ninguna otra.

Aunque tampoco he pretendido *develar la verdad*. Más modestamente, he dicho lo que creo que debía ser dicho sin demasiadas pretensiones. Esta tesis cuenta con cuatro capítulos, cada uno con su introducción y conclusiones; un prólogo y este epílogo; casi cuarenta casos testimoniales, más de cien libros referenciados, más de 280 páginas y más de 100,000 palabras. Y, a ratos, considero que me faltaron muchos más testimonios y más autores. A ratos considero que sobra casi todo y que bien pude resumir toda la tesis en una simple frase:

**La felicidad es la principal causa de depresión y la depresión es el acallamiento del grito.**

Sin embargo, decida lo que decida, haga lo que haga, pode lo que pode o añada lo que añada, la insatisfacción es segura. Entonces, ¿por qué escribirlo?... La respuesta tampoco es sencilla y mucho menos es coherente.

Me pasa como a Adorno: conforme a mi manera de ser y de pensar, opinando lo que opino de todo, amigo declarado como soy de la poesía y del buen texto, no debería escribir (y casi ni vivir, proclamo) después de Auschwitz, pero escribo... No debería escribir (y casi ni sentir placer por), después de burlar a la depresión, pero sigo escribiendo.

Además, por mucho que me cueste reconocerlo, también yo he caído en la creencia de la escritura como una forma, más que de salvación, de dilación. Más una forma de burlarme que de vivir (porque también escribo para que un clínico estúpido en su último año de prácticas lo piense antes de él escribir su receta). Pero también y sobre todo, me pasa como a Sabina: escribo esta tesis... *por no ponerme a deshacer maletas, por no arrastrarme por las estaciones, por no andar, como el rey de los cobardes, mustio, con un ramito de violetas en el sepelio de las decepciones*. Escribo pues, para que la muerte no tenga la última palabra.

ANGEL FERNANDO DE DIOS RIOS

DICIEMBRE 2020

# Bibliografía

- Adorno. (2004). *Escritos Sociológicos I*. Madrid: Akal.
- Adorno, T. (2005). *Dialéctica Negativa: La jerga de la autenticidad (Vol. 66)*. . Ediciones Akal.
- Adorno, T. (2006). *Minima Moralia: reflexiones desde la vida dañada*. Madrid: Akal/Básica de Bolsillo.
- Adorno, T. (2006). *Minima Moralia: Reflexiones desde la vida dañada*. Madrid: Akal/Básica de Bolsillo.
- Alberto(31)EI. (2018). EI. (Angel, Entrevistador)
- Alicia(46)CE. (2018). CE. (Angel, Entrevistador)
- Álvaro , J., Garrido, A., & Schweiger, I. (2008). *Causas de la depresión. Una revisión crítica al modelo atributivo de la depresión* . Obtenido de Revista Internacional de Sociología : <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/viewFile/328/334>
- Amalia(25)EI. (2018). EI. (Angel, Entrevistador)
- Anaya, N. C. (2004). *Diccionario de psicología*. Ecoe Ediciones.
- Anderson, R. (2014 de Noviembre de 2014). *Cómo las farmacéuticas ganan más que los bancos*. *BBC News*.
- Andrés(28)CE. (2018). CE. (Angel, Entrevistador)
- Andrés(28)CE. (2020). CE. (Angel, Entrevistador)
- Andrew, P. (2015). *The science behind commonly used anti-depressants appears to be backwards, researchers say*. Hamilton : McMaster University.
- Andrews , P., & Anderson-Thompson , J. (2010). The bright side of being blue. Depression as an adaptation for analyzing complex problems . *National Library of Medicine*.
- APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- Aquino, T. d. (1959). *Suma teológica*. BAC Thesaurus.
- Arendt, H. (2005). *La Condición Humana*. México: Paidós.
- Aristóteles. (2017). *Máxima Moralia*. Medina y Navarro.
- Arnaiz, M. L. (1986). *Hacia una epistemología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Belgrano.

- Barbui, C., Ciprinani, Ayuso-Mateos, Ommeren, M., & Patel, A. (2011). Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *BJ Psychiatry*, 11-60.
- Baudillard, J., Vicens, A., & Rovira, P. (1978). *Cultura y simulacro*. Barcelona: Kairós.
- BBC News. (Agosto de 2005). Drug suicide risk fears renewed. *BBC News*.
- Beck, A. (2008). Evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos. *Am J Psychiatry (Edición en Español)*.
- Bella, M. E. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría 108*, 124-129.
- Benjamin, W. (1985). *El capitalismo como religión*. Recuperado el 28 de febrero de 2019, de redkatay.org: [http://www.redkatatay.org/sitio/talleres/capitalismo\\_religion\\_5.pdf](http://www.redkatatay.org/sitio/talleres/capitalismo_religion_5.pdf)
- Benjamin, W. (1996). *Capitalismo como religión. Escritos Selectos (Vol. 1)*.
- Benjamin, W. (2005). *Libro de los pasajes (No. 3)*. Akal.
- Bentall, R. (1992). A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder. *J Med Ethics*, 94-98.
- Bentall, R. P. (1992). A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder. *Journal of Medicine Ethics*, 94-98.
- Bernays, E. (1975). *La ingeniería del consentimiento*. Antropos.
- Bernhard, T. (1975). Ugenach. *Erzählungen. Suhrkamp*, 297.
- Berrios, G. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Fondo de Cultura Económica.
- Berrios, G. E. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Fondo de Cultura Económica.
- BMarie Åsberg, P. T. (1976). "Serotonin Depression"-A Biochemical Subgroup Within the Affective Disorders? *Science*, 478-480.
- Borges, J. L. (1974). *Otras inquisiciones. El idioma analítico de John Wilkins, en Obras completas*. Buenos Aires: Emecé.
- Boskoff, A. (1982). Social Failure in Modern Society: A reformulation and a tentative theoretical framework. *Wiley Online Library*, 89-105.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en Psiquiatría. Siglo XXI*.
- Braunstein, N. (2015). La psiquiatría se burocratizó y se abstiene de entender el dolor. (C. Martyniuk, Entrevistador)
- Breazeal, C. (2003). *Biological inspired intelligent robots*. Estados Unidos : Press.
- Bueno, G. (2005). *El mito de la felicidad*. Barcelona: Ediciones B.



- Calderón, G. (1996). *Esta agonía llamada Locura. Historia de la psiquiatría*. México: Edamex.
- Canguilhem, G. (1976). *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- Carlat, D. (2010). A Psychiatrist's Prescription For His Profession. *npr*.
- Carolina(36)EI. (2018). EI. (Angel, Entrevistador)
- Carolina(36)EI. (2019). EI. (EI, Entrevistador)
- Carrobbles, J. (1985). *Paradigmas o modelos sobre las anormalidades psicológicas: El modelo médico o fisiológico, el modelo psicodinámico, el modelo fenomenológico humanista y el modelo estadístico*. Madrid: UNED.
- Catalá-López, F. (2017). Potential sponsorship bias in cost-effectiveness analyses of healthcare interventions: A cross-sectional analysis. *ScienceDirect*, 335-342.
- Ciorán, E. (1991). *En las cimas de la Desesperación*. Madrid: Tusquets.
- Ciorán, E. (2002). *Ese maldito yo*. Madrid: Tusquets.
- Coryell W, E. J. (1995). Characteristics and significance of untreated major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*.
- Cottrell, A. (11 de Marzo de 2018). *Depression Understood*. Obtenido de [www.depression-understood.org](http://www.depression-understood.org)
- Cuijpers, P. T. (2014). Comparison of psychotherapies for adult depression to pill placebo control groups: a meta-analysis. , 44(4), 685–695. *Psychological medicine*, 685-695.
- Davies, W. (2011). *The Political Economy of Unhappiness*. Londres: New Left Review.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Estados Unidos. (Junio de 2017). *National Institut of Mental Health*. Recuperado el 2018, de NIMH: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-hombres-y-la-depresion/index.shtml>
- Dewa, C. (2001). An Episodic Illness Turns Chronic. *CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH*.
- Divins, M.-J. (2008). Antidepresivos. *Elsevier*.
- Dominguez, A. (2015). *Manual de Antiayuda*. México: Ediciones B.
- EcuRed . (2005). *Campana de Gauss*. Obtenido de [https://www.ecured.cu/Campana\\_de\\_Gauss](https://www.ecured.cu/Campana_de_Gauss)
- Edgar(25)EI. (2018). EI. (Angel, Entrevistador)
- Ehrenreich, B. (2018). *Sonríe o Muere. La trampa del pensamiento positivo*. Madrid: Turner Noema.
- Elena(28)CE. (2018). CE. (Angel, Entrevistador)
- Ellis, A. (2005). *The Myth of Self-esteem*. NY: Prometheus Books.

Epicuro. (2013). *Filosofía para la felicidad*. Madrid: Errata naturae.

Excelsior. (01 de 04 de 2018). Depresión. Un mal casi imperceptible. pág. 3.

Fabricio(38)AE. (2019). AE. (Angel, Entrevistador)

Fernando(35)EI. (2018). EI. (Angel, Entrevistador)

Foucault, M. (1999). *La evolución del concepto de "individuo peligroso"*. In M. Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. España: Akal.

Foucault, M. (2014). *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2014). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. México: FCE.

Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Obras Completas.

Freud, S. (2017). *El Malestar de la Cultura*. Madrid: Akal.

Frijda , N., & Swagerman, J. (2008). *Can computers feel? theory and design of an emotional model*. fsdfsdfsdf. (1111). fsfsf. mexico: akal.

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2015). Consenso en el tratamiento de las depresiones. 2-3.

González, J. L. (2005). *La depresión, dos enfoques complementarios*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Gutiérrez, F. d. (2013). *Depresión y Angustia*. México: Trillas.

Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica*. Herder.

Han, C. (2017). *La sociedad del cansancio: Segunda edición ampliada*. . Madrid: Herder.

Harari, Y. N. (2016). *Homo Deus*. México: Debate.

Harari, Y. N. (2016). *Homo Deus*. México: Debate.

Harari, Y. N. (2016). *Homo Deus*. Barcelona: Debate.

Hari, J. (18 de Enero de 2018). Uncovering the real causes of depression.

Healy, D. (2004). *Let them Eat Prozac*. New York: New York University Press.

Hegel, G. W. (2017). *Fenomenología del espíritu*. F.C.E.

Hernández, O. (2016). *La Experiencia de Atención Psiquiátrica en México. De la forma asilar a la forma flexible*. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Hobbes, T. (2017). *Leviatán*. Ciudad de México: FCE.

Holloway, J. (2000). *Como cambiar al mundo sin tomar el poder*. Puebla: BUAP.

Holloway, J. (2006). *Contra y más allá del Capital*. Buenos Aires: Herramienta.

- Holmes, L. (2014). *Evidence Depression Isn't Just 'All In Your Head*. Obtenido de HuffPost: [https://www.huffingtonpost.com.mx/entry/depression-symptoms\\_n\\_5868190](https://www.huffingtonpost.com.mx/entry/depression-symptoms_n_5868190)
- Horkheimer, M., & Adorno, T. (1998). *Dialéctica de la Ilustración*. Valladolid: Editorial Trotta.
- Horkheimer, M. (2000). *Teoría tradicional y Teoría Crítica*. Barcelona: Paidós.
- Horkheimer, M. (2010). *Crítica de la Razón Instrumental*. Trotta.
- Ibáñez, T. (2001). *Municiones para disidentes: realidad, verdad, política*. Gedisa.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Illich, I. (1987). *Némesis Médica*. Joaquín Mortiz.
- INEGI. (2014). *Encuesta Nacional de Hogares (ENH) INEGI, 2014*. Obtenido de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- Jay, M. (2009). *Cantos de experiencia. Variaciones modernas sobre un tema universal*. Argentina: Paidós.
- Joseph Mendels, A. F. (1974). Brain Biogenic Amine Depletion and Mood. *Arch Gen Psychiatry*, 447-451.
- Judith(45)El. (2020). El. (Angel, Entrevistador)
- Kamioka, H. O. (2014). Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary therapies in medicine*, 22(2), 371–390.
- Kant, I. (1995). *Crítica de la Razón Práctica* (Vol. 1). Salamanca: Sígueme.
- Karen(21)AE. (2019). AE. (Angel, Entrevistador)
- Kendler, K. (2012). The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism.
- Khan, A., & Brown, W. (2015). Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry*, 294-300.
- Kuhn, T. (2019). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- Kvale, S. (1992). *Psychology and postmodernism* (Vol. 9). Sage.
- Lacán, J. (1971). *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica en Escritos 1*. Obras completas en CDromm.
- Leader, D. (2008). *La moda negra: duelo, melancolía y depresión*. Madrid: Sexto Piso.
- Liria, A. F. (2001). De la psicopatología crítica a la crítica de la psicopatología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 57-60.
- Lobo, A. O. (2005). El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Atención primaria* 35.3, 152-155.

- Lobo, A. O., & De la Mata, I. (2004). Ya es primavera en Salud Mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*, 15-20.
- López-Muñoz, F. (15 de Marzo de 2000). *Psiquiatria.com*. Obtenido de Psiquiatria.com: <https://psiquiatria.com/trabajos/539.pdf>
- Lundquist, G. (1945). *Prognosis and Course in Manic-depressive Psychoses: A Follow-up Study of 319 First Admissions*. Universidad Estatal de Pensilvania: I. Hoegström.
- Marcuse, H. (1983). *Eros y Civilización*. Madrid: Sarpe.
- Marcuse, H. (1983). *Eros y Civilización*. Madrid: Sarpe.
- Marcuse, H. (2010). *El hombre unidimensional*. España: Ariel.
- Martha(32)CE. (2020). CE. (Angel, Entrevistador)
- Martín, O. F. (Marzo 2017). Riesgo de suicidio por antidepresivos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Vol. VII N. 1.
- Martín-Baró, I. A. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta.
- Marx, K. (2010). *El Capital. Crítica a la economía política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Marx, K. (2010). *El Capital: Crítica a la Economía Política*. México: Siglo XXI.
- Michael Berk, L. J. (2013). So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Medicine*.
- Milenio. (14 de 08 de 2014). Padecen depresión 10 millones de mexicanos. *Milenio Diario*. Recuperado el 2018, de [http://www.milenio.com/cultura/padecen-depresion-mexicanos\\_0\\_353964612.html](http://www.milenio.com/cultura/padecen-depresion-mexicanos_0_353964612.html)
- Miranda(31)EI. (2019). EI. (Angel, Entrevistador)
- Miren(26)EI. (2018). EI. (Angel, Entrevistador)
- Moreira, V. (2007). Significados posibles de la depresión en el mundo contemporáneo: Una lectura fenomenológica mundana. *Psyche*.
- Muñoz, M., & Toro, M. (2013). *Nivel de desarrollo y depresión*. Obtenido de <http://repositori.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/103/Nivel%20de%20Desarrollo%20y%20Depresion.pdf?sequence=1>
- Narváez, G. C. (1996). *Esa agonía llamada Locura. Historia de la Psiquiatría*. México: EDAMEX.
- Norma(19)EI. (2019). EI. (Angel, Entrevistador)
- Olivia(42)EI. (2018). EI. (Angel, Entrevistador)
- OMS. (2018). *Depresión*. Recuperado el 06 de mayo de 2018, de Organización Mundial de la salud: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)

- Opie, E. L. (1901). The relation of diabetes mellitus to lesions of the pancreas. Hyaline degeneration of the islands of Langerhans. *The journal of experimental medicine* , 528-540.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. OMS.
- Orlando(45)CE. (2020). CE. (Angel, Entrevistador)
- Ortony, A. (2003 ). Making believable emotional agents believable . En A. Ortony, *Emotions in human artifacts* (págs. 188-211). MIT Press.
- Orueta, R., C. Santos, E. González, & G. Alejandro. (2011). Medicalización de la Vida. *Revista Clínica en Medicina Familiar*, 4(1), 150-161.
- Otero, R. (2014). *Depresión. Enfermedad o Indolencia* . Estados Unidos: Bubok.
- Ovejero, A. (2003). Psicología colectiva y compromiso. *Revista de Psicología Social*, 213-221.
- Paco(42)El. (2020). El. (Angel, Entrevistador)
- Paris, G. (2009). *La Vida Interior*. México: Taurus.
- Patricia(36)AE. (2019). AE. (Angel, Entrevistador)
- Paul W. Andrews, J. A. (2012). Primum Non Nocere: An Evolutionary Analysis of Whether Antidepressants Do More Harm than Good. *Frontiers in psychology*.
- Paula A. Lifszyc, G. V. (2012). Breve reseña histórica del descubrimiento. *Revista san*, 45-47.
- Pedro(30)CE. (2018). CE. (Angel, Entrevistador)
- Pilgrim, D., & Bentall , R. (1999). *The medicalisation* . Obtenido de Journal of Mental Health : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.413.6207&rep=rep1&type=pdf>
- Pollock, H. M. (2006). THE DEPRESSION AND MENTAL DISEASE IN NEW YORK STATE. *The American Journal of Psychiatry*.
- Pons-Estel, M. J. (2013). *Nivel de desarrollo y Depresión*. Baleares: UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS.
- Postel, J., & Quétel, C. (2001). *Nueva historia de la psiquiatría*. París: Privat.
- Posternak MA, S. D. (2006). The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. *The journal of nervous and mental disease*.
- Quetzal (Dirección). (2018). *Ovejas Eléctricas - La postmodernidad y la simulación* [Película].
- Rafael(35). (2019). CE. (Angel, Entrevistador)
- Rafaela(30)CE. (2020). CE. (Angel, Entrevistador)
- Raffaello Papeschi, D. J. (1971). Homovanillic and 5-Hydroxyindoleacetic Acid in Cerebrospinal Fluid of Depressed Patients. *Arch Gen Psychiatry Journal*, 25.

- Real Academia Española. (1992). *Diccionario de lengua Española*. Madrid: RAE.
- Robert E. Hales, S. C. (1999). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. Estados Unidos : American Psychiatric Association Publishing.
- Roberto(45)El. (2020). El. (Angel, Entrevistador)
- Rosa, E. (2009). *La fabricación de nuevas patologías. De la salud a la enfermedad*. Perú: Fondo de Cultura Económica.
- Rosa, E. L. (2011). *La Fabricación de Nuevas Patologías*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rose, N. (1999). *Inventing ourselves: Psychology power, and personhood*. Cambridge : University Press.
- Rosental, M., & Ludin, P. (1984). *Diccionario de filosofía*. Moscú: Progreso.
- Ruth(39)El. (2018). El. (Angel, Entrevistador)
- Sampietro, H. (16 de 06 de 2015). *ActivaMent*. Recuperado el 06 de 05 de 2018, de Colectivo Activo de Personas con la Experiencia de Trastorno Mental: <http://www.activament.org/es/2015/06/16/entendre-la-depressio-astenia-anhedonisme-i-abulia/#sthash.qHXfhShJ.dpbs>
- San Molina , L., & Arranz, B. (2011). *Comprender la depresión*. Barcelona : Amat.
- San Molina, L., & Arranz , B. (2011). *Comprender la depresión*. Barcelona: Amat.
- San Molina, L., & Arranz Martí, B. (2011). *Comprender la depresión*. Barcelona: Amat.
- Scherer, K. (1998). Analysing emotions blends . *ISRE 98 Symposium*.
- Sebastián(24)El. (2018). El. (Angel, Entrevistador)
- Segura, J. A. (2009). *LITERARIA, Estudios literarios y Humanistas*.
- Sergio(21)El. (2018). El. (Angel, Entrevistador)
- Sergio(21)El. (2018). El. (Angel, Entrevistador)
- Smith, A. (2010). *Teoría de los Sentimientos Morales*. México, DF.: FCE.
- Solomon, A. (2013). Depression, the secret we share.
- Solomon, A. (2015). *El demonio de la depresión*. DEBATE.
- Stark, J. (2018). *¿Y fui feliz para siempre?* México: Planeta.
- Stephen H. Koslow, C. L. (1984). Pretreatment neurotransmitter metabolite levels and response to tricyclic antidepressant drugs. *American Journal of Psychiatry*, 141.
- Swiergiel, A., Stankiewicz, A., & Juszcak, G. (2015). Genetics and epigenetic mechanisms linking pain and psychiatric disorders. *Mood Trends Pharmacopsychiatric*, 120-137.

- Szasz, T. (1997). *The manufacture of madness: a comparative study of the inquisition*. New York: Syracuse University Press.
- The Lancet. (2014). Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors Study 2013. *The Lancet*.
- Volpi, J. (2011). *Leer la Mente: El cerebro y el arte de la ficción*. México: Alfaguara.
- Warkentin, T. E. (2015). The platelet serotonin-release assay. *American journal of hematology*, 564-572.
- Weber, M. (2012). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México: Colofón.
- Weber, M. (2012). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. . México: Colofón.
- Zoch, C. (2002). *Depresión* . Obtenido de Universidad de Costa Rica:  
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>