

# De ellos ¿quien me va a proteger?

## *From them who will protect me?*

Una vez finalizada la segunda década del segundo milenio, creo que no queda ninguna duda del paradigma socioeconómico que impera en nuestra sociedad. Estamos ante una evolución más salvaje, de un capitalismo que ya de por sí lo era. Más salvaje porque su principal objetivo ya no es solamente generar plusvalía y acumular capital *ad limitum*, reduciendo el estado a su mínima expresión, crear una sociedad compuesta por “individuos sumergidos en las heladas aguas del cálculo egoísta” (1), sino generar subjetividad, crear un nuevo hombre, en el que ese Neoliberalismo con todas sus características esté introyectado en todos y cada uno de esos individuos (en palabras de Margaret Thatcher: “la economía es el método, el objetivo es cambiar el corazón y el alma”).

Este *homo neoliberalis* que tan acertadamente describió Ivan de la Mata como “una empresa de sí mismo” (2) es el que estaría convocado a estar constantemente compitiendo por su supervivencia, a ser el único responsable de sí mismo. Individualización radical, en tanto depositaria en la propia persona de cualquier responsabilidad en su propio devenir, más allá de su contexto social, y que está llamada a presidir el conjunto de todas sus relaciones, que se convierten en cambiantes y volátiles, en mera mercancía de intercambio (una individuación disoluta del sujeto postmoderno en palabras de Bauman).

Este Poder Neoliberal, un poder represivo y precarizante, desintegrador de identidades colectivas, generador de explotación y sufrimiento, atraviesa por completo todas esferas de la vida, desde la ecología a la salud, mercantilizando todas ellas. Es en esta lógica donde se instala una variable fundamental: la desigualdad, y su derivada: la exclusión social.

En el campo de la salud esta mercantilización la ha transformado en una línea de promoción de productos, en lugar de seguir siendo considerada un bien colectivo. Los determinantes sociales de la salud, reconocidos ampliamente y desde hace tiempo como los fundamentales (la pobreza el primero), han sido “borrados de la ecuación”, y el concepto se ha equiparado al de asistencia sanitaria, una asistencia gestionada por proveedores que compiten por captar “clientes” rentables. La universalidad de las prestaciones sanitarias y la gestión pública de las mismas, garante de la equidad, se cuestiona radicalmente, potenciando el aseguramiento privado y, bajo la excusa de la libertad, traspasando la planificación colectiva de las necesidades a una ficticia elección individual, espejismo platónico de un deseo arrebatado.

El ámbito de la salud mental, sería un campo especialmente abonado para este tipo de cambios. En él cabrían toda serie de depositaciones de este malestar social, hábilmente transformado en una patología o déficit individual ajeno a cualquier condicionante externo. El paro se convierte así en una falta de adaptación a un mundo laboral que no genera inseguridad y precarización, sino abundancia de oportunidades; la falta de vivienda o la pérdida de la misma se muta en una falta de previsión y en una vida “por encima de las posibilidades”; la violencia de género en alto estrés e impulsividad y una actitud personal ambivalente; la pobreza extrema en mezcla de inadaptación social y daño colateral; todos ellos con sus correlatos en forma de Trastornos Mentales (depresivos, de ansiedad, de la personalidad...), sabiamente recogidos de una forma “eclectica” por las biblias modernas de La Psiquiatría, que incluso a la locura le privan de su significado de doble exclusión y la transforma en un significante hoy

en día vacío: la esquizofrenia. Para ello, el Poder neoliberal y sus “brazos armados” en perfecta connivencia (legislaciones, industria farmacéutica, instituciones psiquiátricas...) construyen y se apropian de un lenguaje que lo vehicule, y que se expresa en forma de un reduccionismo pseudocientífico que todo lo puede explicar más allá de la persona y su sufrimiento real, y que todo lo puede tratar, quiera o no quiera esa persona, porque todo se ha transformado en síntomas que conforman enfermedades y que instituyen al que lo posee con la identidad inequívoca de enfermo (o trastornado). En palabras de Javier Padilla, “La forma de nombrar tiene valor performativo y condiciona nuestras decisiones y expectativas” (3).

Por supuesto en una lógica de mercado es fundamental generar una demanda, que por un lado ha de dar salida a una producción y por otro se ha de adecuar a una cada vez mayor oferta de consumo de bienes y servicios, entrando en una espiral infinita de necesidades que han de ser satisfechas con prontitud por los diferentes vendedores. En el mercadeo de la salud mental tenemos múltiples ejemplos, que a lo largo de los últimos decenios hemos podido observar con toda su “parafernalia” consumista. Sufrimientos humanos se transforman en enfermedades que llegan a ser auténticas modas, convirtiéndose en altamente prevalentes, con remedios principalmente (o solo) farmacológicos, que ya muchas veces les preceden en su existencia. Así hemos visto como progresivamente la timidez se transformaba en Fobia Social, la angustia en Trastorno por Ataques de Pánico, la reacción emocional intensa ante hechos traumáticos en Trastorno de estrés Postraumático, los cambios de humor en Disforia premenstrual o incluso en Trastorno Bipolar, las dificultades de adaptación vitales en Trastornos de Adaptación o Depresiones postparto. Actualmente, y ya desde hace unos años, es flagrante la “hiperpresencia” del TDAH. En un ejercicio de auténtico funambulismo incluso hemos asistido a cómo efectos secundarios de los propios fármacos se transformaban en enfermedades que requerían de otros fármacos: ahí tenemos a la Depresión Bipolar.

El actor principal es la industria farmacéutica, con estrategias de marketing complejas, más o menos sutiles y en ocasiones perversas e incluso claramente fraudulentas (ahí están las deman-

das millonarias a las principales “compañías” por ocultar datos de estudios, estudios completos u otro tipo de transgresiones). Como actores secundarios, pero necesarios, podríamos citar a los poderes políticos y sanitarios; renombrados psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, reconocidos profesionales de la enseñanza (universitaria principalmente), muchos de ellos elevados al nivel de “expertos”; medios de comunicación, etc.

Junto a estas modas diagnósticas y patológicas (y patologizantes) asistimos a una medicalización constante de la vida cotidiana. Observamos eslóganes rimbombantes y afirmaciones, que se transforman en axiomas, y que transmiten, al modo de “hoja de ruta” las actuaciones en materia de política sanitaria: “la década del cerebro”, “la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo”, “la depresión tiene un tratamiento eficaz”, “La esquizofrenia es un trastorno grave del neurodesarrollo que dura toda la vida y que afecta la forma cómo una persona piensa, siente y se comporta”, “la salud mental es la próxima epidemia” y... “el suicidio en más del 90% de los casos se produce en personas que tienen un trastorno mental tratable”.

Esta última afirmación encabeza los numerosos planes de prevención del suicidio que parecen ser la última de estas modas en este nuestro mundo de la salud mental” (llamado a ser el “centinela de occidente” de la psicomoral neoliberal). No hay administración, sistema de salud, fundación o sociedad científica que se precie que no tengan o esperen tener uno, en una especie de carrera preventivocéntrica que plantea como necesaria, a toda costa, el control de un acto que más allá de cualquier otro significado, es considerado por la ideología imperante como el fruto de una mente enferma, como un síntoma o incluso directamente como una patología individual y como tal ha de ser estudiado, diagnosticado y tratado/ prevenido.

Si bien es cierto que el suicidio es un acto envuelto mayormente en dolor y sufrimiento, es tomado como un hecho biológico y no como un acto íntimo y privado. Como en todo proceso médico, se estudian los factores etiológicos, con especial hincapié en la “evidente” heredabilidad, en la vulnerabilidad genética (en octubre de 2020 en

la revista de la Asociación Americana de Psiquiatría se ha publicado un editorial titulado “prediciendo el suicidio” junto a un artículo en esta dirección) y sobre todo en el Trastorno psiquiátrico concurrente (se elaboran tablas con la frecuencia de asociación de los mismos a la conducta suicida), relegando a un nivel puramente estadístico los llamados “factores ambientales”; se aplican cuestionarios que lo clasifican en “bajo” o “alto riesgo”, con escasa fiabilidad y validez predictiva pero que condicionan el tratamiento a seguir, más allá de la norma general de administración de psicofármacos (antidepresivos sobre todo, pero también neurolépticos, anticonvulsivos e incluso un nuevo “fármaco antisuicidio”, como bautizaba la prensa en su presentación en septiembre 2018) y que puede llegar hasta actos formales de coerción “por el bien del paciente” (tratamientos forzados, contención mecánica, internamientos compulsivos, incapacitación legal). “El peligro para uno mismo es de las pocas indicaciones claras de hospitalización involuntaria que se acepta en la actualidad “reza el manual de psiquiatría más universalizado, que también sentencia que”. La mayoría de los suicidios en pacientes psiquiátricos pueden prevenirse, ya que las pruebas señalan que el suicidio se asocia con frecuencia a una evaluación o un tratamiento inadecuados” (4); obviando el hecho de que el progresivo incremento de la tasa de suicidios se está dando en una época en la que un número cada vez mayor de personas reciben tratamiento psiquiátrico, tal y como reflejan las cifras del aumento de consumo de psicofármacos año tras año (hay estudios que relacionan el consumo de ISRS con mayor índice de intentos y de suicidios consumados, especialmente en niños y jóvenes). Protocolos, guías, árboles de decisión, comités de expertos, libros blancos, congresos y convenciones, prácticas “basadas en evidencias”, materiales “educativos” para público y profesionales sanitarios, titulares (“epidemia de suicidios”, “crisis de salud pública”) y, como no, un día mundial del suicidio, son aditamento fundamental en esta farsa cientifista.

En cualquier caso, el suicidio sigue considerándose como algo “reprobable y condenable, un acto de insubordinación contra las instancias del poder”, eclesial, social o legal, “que se legitima ideológicamente a expensas de defender el

principio de la vida a cualquier precio” (5), y que sitúa a los *suicidandos* frente al mismo, calificándoles como pecadores, locos o delincuentes y, en cualquier caso, merecedores de la exclusión, del estigma, del encierro... Con la construcción del paradigma biomédico, el actual Poder Neoliberal, somete al individuo a una contradicción con su propia libertad. Al considerar al suicida como una persona enferma, con una patología mental, se infiere que ésta le impide elegir con libertad, legitimando a la Autoridad a actuar unilateralmente, incluso con violencia si es necesario, ya que es “por un bien mayor”. Por contra, la persona sana es la que “elige libremente” mantenerse dentro de un Sistema que le aboca a esa individuación radical, a una negación del lenguaje y le somete a un modo de producción alienante que de facto le sustrae su libertad y le llena de malestar, constituyéndose para él los espacios terapéuticos como “un imaginario de refugio frente al despiadado mundo real” o como “el doble ilusorio de una comunidad que ha dejado de existir”, en expresiones de Guillermo Rendueles (6).

Es precisamente en el trabajo de reconstrucción de esa Comunidad en el que pensamos que han de ir encaminados nuestros esfuerzos como ciudadanos y como profesionales del campo de la salud mental. Para ello tenemos que problematizar el orden social, debemos cuestionar radicalmente la razón neoliberal que nos atraviesa, germen de un gran sufrimiento personal. Hemos de (re)tomar el compromiso con lo colectivo y la lucha por la justicia social, construyendo contextos igualitarios y emancipadores, en los que la subjetividad de cada persona sea tenida en cuenta como patrimonio forjador de su libertad.

Debemos confrontar y analizar nuestras propias contradicciones, renunciando a nuestro propio poder, sucursal internalizada del Gran Poder, en aras de ser capaces de armar otro tipo de relación con las personas que, desde su dolor, como terapeutas nos convocan. Una relación (diádica o grupal) más horizontal, de presencia, de escucha, de acompañamiento, de confianza, de apoyo, de esperanza y de respeto... Respeto por una vida que merece ser vivida con dignidad hasta su final.

Es por eso que no podemos situar la muerte al margen de la vida, sino como parte esencial de la misma. La muerte voluntaria, como acto humano

que es, tiene un sentido, comunica, nos habla de lo latente y de lo manifiesto, de lo simbólico y de lo real. Es único en cada individuo, y su significado, al que sólo el suicida tiene acceso (al menos en parte), no puede etiquetarse desde afuera de una forma simplista y reduccionista. Es con toda seguridad un fenómeno complejo, inscrito en un momento histórico concreto, en el que hay que considerar la interacción de factores del mundo interno del sujeto con factores de la sociedad que habita, y los sentimientos, conscientes e inconscientes, que de esa interrelación surgen.

Plantear la prevención de este acto tan íntimo y particular desde la óptica exclusivamente de la (bio) clínica positivista, además de no cumplir el objetivo (pretendidamente) pretendido, puede

llegar a ser incluso yatrogénico. Más allá de una necesaria metaprevención, como apunta Padilla, “la posibilidad de que estas actividades tengan cierto poder transformador... probablemente dependa de que transiten de esta prevención más biopolítica a la promoción más comunitarista que tenga en cuenta las condiciones de vida y sirva para generar lazos que construyan perspectivas diferentes en el ámbito de la salud mental” (3).

**José Manuel Lalana Cuenca\***

## Bibliografía

1. Marx K, Engels F. *El Manifiesto Comunista*. Madrid: Ediciones Endymi6n, 1987.
2. De la Mata I. *Salud Mental y neoliberalismo*. En: Maestro A, González E, Rendueles G, Fernández A, De la Mata I. *Salud mental y capitalismo*. Madrid: Cisma Editorial, 2017.
3. Padilla J. Prevención: ¿aún podemos ser amigos? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Madrid: 2019; 39 (135): 159-175.
4. Sadock B, Sadock V, Ruiz P, Kaplan and Sadock: *Sinopsis de Psiquiatría*. (11<sup>th</sup> edición). Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health, 2015.
5. Critchley S, Colina F. Recogidas en Menéndez F. Suicidio: clínica o voluntad de morir. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*. 2020; 17 (1): 10-26.
6. Rendueles G. La utopía del preventor: ¿un bello día, un mundo libre de suicidios? *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*. 2020; 17 (1): 27-55.

---

\* José Manuel Lalana Cuenca: Psiquiatra. Presidente de la Sociedad Aragonesa de Salud Mental (SASM-AEN).