

# La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones

## *The Commodification of the Moods. The Antidepressant Consumption and the New Biopolitics of the Afflictions*

Ángel MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

Departamento de Antropología  
Universitat Rovira i Virgili  
(angel.martinez@urv.net)

Recibido: 20.6.06

Aceptado: 28.9.06

### RESUMEN

En los últimos años ha aumentado de forma exponencial el consumo de antidepresivos (principalmente los conocidos como ISRS y ISRN) en las sociedades de capitalismo avanzado. Las interpretaciones biomédicas al uso identifican este fenómeno con el incremento de casos diagnosticados de depresión, ansiedad y trastornos afines. Sin embargo, un análisis social de este incremento pone en evidencia su dependencia de determinadas biopolíticas del capitalismo tardío, como los instrumentos de persuasión de la industria farmacéutica, el papel naturalizador de las adversidades humanas introducido por los paradigmas biomédicos y las nuevas imágenes culturales de la modernidad incorporadas por los consumidores. Este artículo puede entenderse como un análisis crítico de los procesos de medicalización, mercantilización y fetichismo de los malestares de nuestro tiempo.

**PALABRAS CLAVE:** Consumo de antidepresivos, mercantilización, medicalización, fetichismo, industria farmacéutica, metacultura global.

### ABSTRACT

During the last years the consumption of antidepressants has increased exponentially in the societies of higher capitalism, specially the antidepressants known as Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) and Selective Noradrenaline Reuptake Inhibitors (SNRIs). Biomedical sciences usually identify this phenomenon with the growing of depression and anxiety diagnosis in these societies. Nevertheless, a social analysis evidences the dependence of this rising consumption with some bio-politics of late capitalism, such as the persuasion strategies of pharmaceutical industry, the reification of human adversities introduced by biomedical paradigms, and the new cultural images of modernity embodied by consumers. This paper is an analysis of medicalization, commodification and fetishism of our time misfortunes.

**KEY WORDS:** Antidepressant's consumption, commodification, medicalization, fetishism, pharmaceutical industry, global culture.

“Creo que Prozac es una de las mejores cosas que se han inventado”.

Testimonio de la Sra. M, consumidora de antidepresivos (Barcelona, 2002).

“And then something just kind of changed in me. Over the next few days, I became all right, safe in my own skin. It happened just like that. One morning I woke up, and I really did want to live... Was it the Prozac? No doubt”.

*Prozac Nation (Young and Depressed in America)*, Elizabeth Wurtzel (Estados Unidos, 1996).

Uno de los fenómenos más paradigmáticos del capitalismo tardío y sus biopolíticas sobre el cuerpo, la subjetividad y las aflicciones humanas es el aumento espectacular del consumo de antidepresivos en las sociedades de industrialismo avanzado y en los grupos hegemónicos (élites y clases medias) de los países en desarrollo. Los nuevos antidepresivos, también conocidos como ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina) e ISRN (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina), son los principales protagonistas de este fenómeno que ha generado debates –a menudo encendidos– sobre las potencialidades científicas y los límites éticos de diseñar la personalidad y las emociones, sobre la pertinencia del uso de fármacos para alcanzar la felicidad y sobre los usos de la psicofarmacología como medio de control social y económico-político.

Desde la validación en 1986 del clorhidrato de fluoxetina (más conocido por uno de sus nombres comerciales: Prozac) en Bélgica y en 1987 en los Estados Unidos de América, la proliferación de apelativos en los medios académicos y de comunicación de masas sobre las virtudes, defectos y repercusiones sociales de este tipo de fármacos ha generado una auténtica polifonía terminológica. “La cultura de las drogas legales” (Rimer, 1993), “La cápsula de la evasión” (Bracewell, 1993), “La nueva cosmética psicofarmacológica” (Kramer, 1993), “La píldora de la personalidad” (Toufexis, 1993), “La píldora de las píldoras (Nuland, 1994) o “La generación Prozac” (Grant, 1994) son sólo algunos de los calificativos más populares que adquirieron resonancia ya en la primera mitad de la década de los noventa.

En relativamente poco tiempo, y como resultado del impacto que el diseño bioquímico y sus horizontes imaginados dibujan en la cultura de la modernidad, han cobrado fuerza algunas cues-

tiones: ¿Cuál es el potencial de la psicofarmacología para esculpir la personalidad y alcanzar la felicidad? ¿Qué hay de diferente entre estas nuevas tecnologías de la mente y los viejos recursos psicoterapéuticos y psicoactivos? ¿Estamos en los umbrales de un cambio cultural sin precedentes que va afectar las ideas de persona, los estados de ánimo y el comportamiento social? ¿Cuánto es eficacia biológica y cuánto marketing en el poder de estas nuevas drogas?

Si bien muchas de estas preguntas aún no han obtenido respuesta, al menos de una forma lo suficientemente fehaciente, lo cierto es que los antidepresivos ISRS/ISRN se han convertido en símbolos globalizados presentes en ámbitos tan diversos como los contextos médicos y de atención psiquiátrica, la publicidad farmacéutica directa e indirecta al público, los *mass media*, los nuevos tecnospacios informacionales (Internet) y la denominada alta cultura (cine, literatura, etc.) que ha ensalzado o criticado –aunque generalmente con idéntico efecto multiplicador– el consumo de este tipo de sustancias. Marcas como Prozac (fluoxetina) o Seroxat (paroxetina) –por citar sólo las más conocidas– se han convertido en representaciones ubicuas que, mediante el poder homogeneizador de la relación consumidor-mercancía, crean modelos globales sobre la subjetividad y los estados de ánimo en ámbitos locales aparentemente tan diferenciados como distantes.

## 1. EL NUEVO MERCADO DE LAS AFLICCIONES

Generalmente se sitúan los antecedentes históricos de la moderna industria farmacéutica, entendida como fabricación masiva de medicamentos, en la iatroquímica del siglo XVII de Franz de la Boe y Willis y en la iatromecánica de Boerhave que tuvieron gran éxito en la medicina que media entre los siglos XVII y XVIII. Sin embargo, el impulso definitivo de este sector productivo debe vincularse a la conjunción de dos factores importantes: el desarrollo del capitalismo en el siglo XIX con sus vertientes industrialistas y manufactureras y el éxito de la medicina de laboratorio de la segunda mitad del siglo XIX que dará pie a la teoría bacteriológica y a la búsqueda incesante de remedios en la forma de vacunas y medicamentos como los antibióticos<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Véase Rosen (1993) para un análisis histórico del modelo biomédico y de sus industrias asociadas.

Desde ese momento hasta la actualidad, la industria farmacéutica se ha desarrollado exponencialmente hasta constituir la segunda en el mundo en términos de concentración de capital. Las posibilidades abiertas por las biotecnologías a partir del advenimiento de la biología molecular han añadido un abanico aún mayor de potencialidades tanto en términos de investigación como de mercado. Hay, incluso, quien anuncia que estamos en el comienzo de una nueva era biotecnológica configurada por la combinación de los modelos informacionales y la biología molecular que va permitir –y en cierta medida ya lo está permitiendo– tanto la interpretación del código de la vida como su recodificación y reelaboración mediante la ingeniería genética (Kelly, 1995; Castells, 1998; Rheinberger, 2000).

Este desarrollo histórico vertiginoso ha convertido a la industria farmacéutica en una de las actividades más lucrativas, con crecimientos medios de beneficios superiores al 15% durante la última década; una parte considerable de los cuáles puede atribuirse sin ninguna duda al éxito de los ISRS/ISRN (O'Reilly, 2001). De hecho, dos de los campos más prometedores de este sector son los fármacos destinados a situaciones de la vida cotidiana que son más fácilmente maleables y “construibles” con las campañas publicitarias; esto es: las emociones (especialmente los estados depresivos, la fobia social, la timidez extrema, etc.) y la sexualidad (la disfunción eréctil y los trastornos del orgasmo).

Según el informe anual de la revista *Script (Pharmaceutical issues in perspective)*, los antidepresivos son desde hace unos años el tercer tipo de fármaco más vendido en el mundo, sólo por detrás de los hipolipemiantes (reductores del colesterol y los triglicéridos) y los antiulcerantes, y generaron en el año 2004 un volumen de negocio de 20.100 millones de dólares: el 4% de las ventas mundiales de esta industria. Sólo en Estados Unidos –donde los antidepresivos han sido durante algunos años el tipo de medicamento más consumido– el volumen de ventas de estos fármacos fue en 2004 de 10.997 millones de dólares, más de la mitad de las ventas mundiales (NICHM Foundation, 2002; Lewis et al, 2005).

El auge de los nuevos antidepresivos coincide con la consolidación –y también los primeros

síntomas de agotamiento– en Europa y Norte América de las políticas externalizadas de atención en salud mental. Frente a la imagen del manicomio<sup>2</sup> como dispositivo de confinamiento y contención de los sujetos afectados por trastornos psicóticos, retraso mental y enfermedades neurodegenerativas, los modelos externalizados constituyen redes de recursos asistenciales, a menudo ambulatorios, que están dirigidos a la población general y no exclusivamente a los afectados por trastornos mentales graves. Una situación semejante se produce en los sistemas de atención primaria de salud de algunos países que incorporan el tratamiento y el seguimiento de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad entre su repertorio de patologías y problemas asistibles. De hecho, la atención de la salud mental en las sociedades de capitalismo avanzado muestra un claro desdoblamiento entre lo que podemos llamar una biopolítica de las psicosis y los trastornos graves, basada en la contención neuroquímica mediante los clásicos neurolépticos y sus reformulaciones más recientes, y una biopolítica de las enfermedades leves, los malestares y las adversidades humanas que está orientada a la asistencia de amplias capas de la población. Esta segunda biopolítica toma como base y paradigma los éxitos relativos –pero al fin y al cabo éxitos en términos de consumo– de los nuevos antidepresivos.

Las diversas formas de depresión (depresión mayor, distimia, depresión reactiva, etc.) y de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.), la bulimia y una miríada de estados reconvertidos en enfermedad, como el síndrome premenstrual disfórico y la fobia social, conforman el amplio espectro de tratamiento de este tipo de psicofármacos que utilizan actualmente más de 100 millones de personas en el mundo. Sólo para Prozac –y sin contar las otras presentaciones comerciales del clorhidrato de fluoxetina– se calcula una cifra de 54 millones de consumidores, a los que hay que añadir el colectivo cada vez más numeroso de usuarios del clorhidrato de paroxetina y de las nuevas moléculas ISRS que van tomando el relevo, así como la diversidad de antidepresivos existentes en el mercado, como los ISRN (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina) y los ISRNS

<sup>2</sup> Para un análisis del modelo manicomial y de sus tratamientos ver entre otros muchos Grob (1991) y Freedman (1992), también Martínez Hernáez (1998).

(Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina y Serotonina), entre otros.

Una mirada a la evolución del consumo de los nuevos antidepresivos no deja lugar a dudas sobre su popularización en los diferentes grupos sociales y en los diversos países de capitalismo avanzado. Por ejemplo, en Suecia aparece una progresión en el número de dosis diarias definidas de antidepresivos por 1000 habitantes y día (DHDs) que oscila en los varones entre el 4.2 para 1977 y el 21.8 para 1997 y, en las mujeres, entre el 8.8 y el 42.4 para los mismos años (Carlsten et al, 2001). En Islandia, por su parte, se pasó de 8.4 DHDs en 1975 a 72.7 en el año 2000 (Helgason et al. 2004). En Australia se dibuja una evolución desde los 12.4 DHDs en 1990 a los 35.7 en 1998 (McManus et al, 2000). En Estados Unidos, se dispensaron 147 millones de dosis en 2004 frente a los 84 millones de 1999. En Italia las cifras fluctúan entre los 9 DHDs en 1995 y los 26 en 2003 (Ciuna et al, 2004). Con algunas excepciones, como es el caso de Japón y Alemania, los datos para la mayoría de las sociedades industrializadas indican la misma progresión y en el año 2002 podemos hablar de un valor en torno a los 45 DHDs en España, Francia y Reino Unido y del papel destacado de Suecia con 60.83 DHDs<sup>3</sup>.

La introducción de los nuevos antidepresivos no se ha generado de forma mimética en todas las sociedades industrializadas ni a los mismos ritmos, pues han persistido algunas excepciones locales derivadas de la articulación entre los sistemas de salud, de las políticas nacionales de control de medicamentos y de las concepciones locales sobre las emociones y la subjetividad. Este es el caso de Japón, cuyo gobierno – a pesar de ser un país que goza ya de una larga tradición de psiquiatría biológica– no permitió hasta fechas recientes la aprobación de los fármacos ISRS/ISRN. El significado que en este contexto cultural guardan la tristeza y la depresión moderadas como actos de conciencia sobre la “naturalidad fugaz del mundo”, así como la tensión normativa que la personalidad extravertida genera en la vida cotidiana y en los protocolos de deferencia, pueden entenderse como algunos elementos explicativos de esta excepcionalidad que, como indica Kirmayer (2002), está difumi-

nándose desde el año 2001 a un ritmo de más de 25 millones de dólares mensuales en recetas.

La incorporación de Japón a la moderna dispensación de antidepresivos puede entenderse como un ejemplo más de las ductilidades de las culturas locales ante ese sistema de significados y valores que podemos denominar cultura de la modernidad, metacultura global o superestructura de la globalización. De hecho, y a pesar de las pluralidades sociales e identitarias que conforman el panorama social contemporáneo, la metacultura global, con su lógica significativa de la mercancía y el consumo, genera ciertas regularidades tras las diversidades locales aparentes. El mestizaje, la interculturalidad y la multiculturalidad tan proverbiales de nuestro tiempo a menudo esconden procesos de hibridación desigual mediante los cuales los diferentes mundos locales quedan capturados en redes transnacionales de mercantilización. Es la lógica de la mercancía y sus fetiches que conlleva que una gran diversidad de objetos, productos, servicios, representaciones, cánones estéticos y modelos sobre la subjetividad puedan incrustarse –al margen de su contexto local de procedencia– en sistemas globales de distribución y consumo, con el consiguiente protagonismo que ello ofrece a la figura del “cuerpo-consumidor” como paradigma del nuevo individualismo y sus imaginarios asociados: el cuerpo anómalo, decaído y deprimido como símbolo de la disintonía con la estructura social frente al cuerpo hipernormalizado, exultante, vital y con capacidad de decisión en la sociedad de consumo. Algunos autores, como Applbaum (2000), han hablado incluso de una “monocultura global de la felicidad” basada en la buena vida, la evitación del sufrimiento, el confort cotidiano y el consumo de la mayor cantidad posible de bienes y servicios. Este modelo cultural, sin embargo, generaría sus propias contradicciones, como la antinomia entre los cánones estéticos corporales de la modernidad y el hedonismo de la dieta o la relación paradójica entre las incertidumbres del mercado de trabajo (flexibilidad en el empleo, deslocalización, etc.) y las concepciones cosméticas de la felicidad como símbolo del triunfo y la autorrealización personales.

<sup>3</sup> Si bien el crecimiento del consumo se ha ralentizado en los dos últimos años, según el *IMS Health* y el informe de la OMS sobre la situación mundial de las políticas de dispensación de fármacos, entre el año 2000 y 2001 el aumento global de antidepresivos fue nada menos que de un 20%, con su correspondiente impacto económico en la prestación de servicios de los sistemas sanitarios basados en la cobertura universal y gratuita o semi-gratuita de medicamentos.

## 2. EL FETICHISMO DE LA ENFERMEDAD Y LA NATURALIZACIÓN DE LAS ADVERSIDADES HUMANAS

Como consecuencia de las contradicciones de la modernidad y de los intereses de la industria farmacéutica, se percibe en los últimos años un aumento más que considerable de casos diagnosticados de depresión, ansiedad y otros trastornos afines. Según el informe anual de 2001 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó a la salud mental la depresión puede considerarse la cuarta enfermedad en términos de prevalencia mundial y una de las primeras causas de discapacidad y mortalidad causada por suicidio. La previsión de futuro resulta aún menos optimista, ya que se calcula que en el año 2020 la depresión será la segunda enfermedad más prevalente en el mundo únicamente por detrás de la cardiopatía isquémica (OMS, 2001).

Los datos aportados por la OMS son significativos, principalmente por su alcance global y por la autoridad de este organismo, pero no son nuevos. Desde finales de la década de los ochenta, y coincidiendo con la aparición de los ISRS, ha ido creciendo entre los profesionales sanitarios, las agencias nacionales e internacionales dedicadas a la salud mental y los medios de comunicación de masas la idea que estamos ante una “epidemia de depresión”. También ha llegado a hablarse de forma un tanto apodíctica de una “era de la depresión” que vendría a evocar los malestares y desarreglos característicos de la modernidad. Las últimas estimaciones epidemiológicas realizadas en Europa (Alonso et al, 2004) apuntan en esta dirección, pues informan de una prevalencia de “depresión mayor” en la población general del 14% a lo largo de la vida y de un 4,2% al año. Si añadimos los casos de ansiedad (13,6% a lo largo de la vida y 6% al año), las distimias y los simples estados depresivos –subclínicos desde un punto de vista clínico estricto, pero medicalizados frecuentemente en la práctica– los datos alcanzan porcentajes extraordinariamente elevados.

La mayor parte de las investigaciones en Europa y Norte América coinciden en señalar

determinados grupos sociales como especialmente vulnerables a esta supuesta pandemia. Las más afectadas suelen ser las mujeres adultas<sup>4</sup>, especialmente las amas de casa y las ancianas, aunque también aumenta el número de casos en los diferentes colectivos sociales, como los varones desempleados y las adolescentes. Por ejemplo, en una explotación de la Encuesta de Salud de Cataluña 2002 (ESCA2002) que hemos realizado recientemente en el contexto de una investigación más amplia y de carácter metodológicamente mixto (cuantitativo y cualitativo) sobre la salud de los menores, adolescentes y jóvenes catalanes, se observa que el 15,1% de las muchachas entre 15 y 19 años afirman sentirse deprimidas, con una diferencia muy significativa entre clases sociales que fluctúa entre el 9,8% de las hijas de empresarios, directivos y profesionales y el 34,6% de la hijas de trabajadores no cualificados (Martínez Hernández y Recio Cáceres, 2005). La soledad, la falta de relación con sus progenitores, las incertidumbres ante el futuro, el miedo al rechazo de los iguales, los obstáculos para adaptarse a los cánones estéticos y de consumo, la marginación y el peso de las cargas domésticas, que todavía afectan más a las muchachas que a los adolescentes varones, son algunas de las causas que han planteado nuestras informantes en una serie de grupos focales. De este colectivo, la mayoría no son consumidoras de psicofármacos, aunque se dibuja una tendencia al alza, con los problemas éticos que se derivan de la medicamentización de la infancia y la adolescencia<sup>5</sup>.

La lectura biomédica, y especialmente las corrientes más propicias a la interpretación de estos malestares en clave biológica, como es el caso del neokraepelinismo en psiquiatría<sup>6</sup>, derivan la existencia de un porcentaje tan elevado de estados depresivos y ansiosos de una mayor cobertura asistencial que permitiría abordar en la actualidad un espectro de trastornos y síndromes anteriormente infradiagnosticados o simplemente no diagnosticados. De esta forma, la incorporación de la asistencia en salud mental en las redes de atención primaria de salud y el despliegue cada vez mayor de los dispositivos de

<sup>4</sup> Según la Encuesta Nacional de Salud 2001 del Ministerio de Sanidad y Consumo, la tasa de depresión declarada por 100 habitantes en España para mayores de 16 años es de 9,2 para las mujeres y 3,7 para los hombres.

<sup>5</sup> Véase Cohen y Hoeller (2003), entre otros, para un debate sobre este tema.

<sup>6</sup> El neokraepelinismo, como su nombre indica, puede entenderse como una revitalización de las aportaciones teóricas y taxonómicas de Kraepelin, basadas en la idea de que toda enfermedad mental es una enfermedad cerebral. En otro lugar (Martínez Hernández, 2000a) hemos realizado un análisis en profundidad de los presupuestos de esta corriente.

atención psiquiátrica se entenderían como la causa del incremento y universalización del número de diagnósticos y también de tratamientos. En la base de este argumento está la idea que los diferentes estados depresivos son realidades patológicas que “están ahí”, como fenómenos naturales a ser entendidos y tratados, y que responden a mecanismos biológicos de momento desconocidos, pero sobre los cuales ya se han abierto horizontes de comprensión científica, como la hipótesis o teoría serotoninérgica que ha avalado el desarrollo y popularización de los antidepresivos ISRS.

Con todo, la idea de una entidad mórbida estable –o de varias entidades dependiendo de la gravedad, curso y manifestación del cuadro (depresión mayor, distimia, etc.)– muestra algunas debilidades en su formulación. La primera de ellas es que, ante la ausencia de un conocimiento etiológico corroborado, las hipótesis en juego, incluida la teoría serotoninérgica que ya hemos citado, adquieren el valor de conjeturas más que de certezas. La segunda debilidad, en gran medida derivada de la primera, es que la laxitud de los criterios diagnósticos para definir una distimia o incluso una depresión mayor permite la sobre-representación de las situaciones definibles como caso.

Si bien en otros textos hemos realizado un análisis crítico de estos problemas de forma más extensiva (Martínez Hernández 2000a y 2000b), a modo de ilustración podemos decir que en los manuales más utilizados, como el DSM-IV de la *American Psychiatric Association*, un trastorno distímico (también llamado neurosis depresiva) puede diagnosticarse si se reúnen dos o más de los siguientes criterios diagnósticos: “1) pérdida o aumento de apetito, 2) insomnio o hipersomnia, 3) falta de energía o fatiga, 4) baja autoestima, 5) dificultad para concentrarse o para tomar decisiones y 6) sentimientos de desesperanza” (APA 1995:356). Los criterios para trastornos más graves como la depresión mayor son un poco más estrictos y por tanto no permiten una sobre-representación de la misma magnitud; sin embargo, no escapan a los problemas de indefinición de la enfermedad, pues hoy por hoy no existe ninguna prueba biomédica objetiva para diagnosticar una depresión.

La falta de definición de los trastornos depresivos, especialmente de los leves, facilita que cualquier estado de ánimo que implique decaimiento pueda ser medicalizado; por ejemplo, la combinación de “sentimientos de desesperanza”

y “baja autoestima” o la pareja “dificultad para concentrarse” y “falta de energía”. A pesar de que se establece la necesidad de una prolongación en el tiempo de estos síntomas, no hay que ser muy perspicaz para observar que son combinaciones de sentimientos, sensaciones y estados de ánimo que con toda seguridad confluyen en algún momento de la trayectoria vital de cualquier sujeto. Un motivo etnográfico puede resultar útil en este punto:

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

Esta escena que acabamos de mostrar es anterior al auge de los antidepresivos de nueva generación. Quizá por ello la Señora R se muestra extraordinariamente reluctante a resolver sus adversidades con psicofármacos e insiste en historizar y socializar su aflicción frente al procedimiento reificador del clínico que, contrariamente

te, lleva a cabo una búsqueda de indicios y “hechos” que le permitan elaborar un diagnóstico y pautar un tratamiento de tipo farmacológico. Como el sistema biomédico no dispone de un conocimiento sobre las bases biológicas de gran parte de los trastornos mentales ni tampoco cuenta entre su arsenal con tecnología médica que permita revelar disfunciones mediante pruebas diagnósticas, la búsqueda del psiquiatra se ve limitada a la observación de los signos físicos manifiestos, cuando éstos existen, y a la interpretación de las expresiones del paciente como evidencias más o menos directas de supuestas alteraciones neuroquímicas o neurohumorales. En el caso de la Señora R se supone que su problema, como en las depresiones en general, es una alteración de la recaptación de serotonina en el cerebro. De esta forma, sus adversidades, la pérdida de sus seres queridos, los inconvenientes de la desigualdad de género, la dificultad de encontrar una función social en su vida o incluso su desplante final, que puede ser interpretado clínicamente (y así lo fue) como una reacción agresiva propia de la depresión, son reducidos al ámbito de la disponibilidad de serotonina en los procesos de sinapsis neurales.

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

algún medicamento?”, con lo cual el orden de lo que acontece es reconvertido en un lenguaje de señales y hechos naturales, como el humo que indica la existencia de fuego o las nubes que anuncian la tempestad.

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

Los procesos de naturalización de las aflicciones humanas y su reconversión en enfermedades se amplifican hoy en día por la mayor disponibilidad de los usuarios a la resolución de sus malestares mediante la ingesta de psicofármacos. También por la mayor ductilidad que los criterios diagnósticos de la depresión muestran en determinados medios de información al alcance del público general, como es el caso de Internet. La **Tabla 1** es un ejercicio comparativo que hemos realizado de los criterios para el “episodio depresivo mayor” utilizados en el DSM-IV y la información sobre los síntomas de depresión del *web-site* de una conocida marca de ISRSs. Obsérvese que en la página del laboratorio el criterio del DSM-IV “Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (más del 5% del peso corporal en un mes)” ha sido

Tabla 1

<b>DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría)</b>	<b>Laboratorios Lilly (www.prozac.com)</b>
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.	Falta de interés o placer en tus actividades cotidianas y falta de motivación.
Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (más del 5% del peso corporal en un mes).	Cambios en el apetito.
Insomnio o hipersomnia casi cada día.	Problemas para dormir.
Agitación psicomotora casi cada día.	Ansiedad e inquietud.
Fatiga o pérdida de energía casi cada día.	Fatiga o falta de energía (sin especificación de tiempo).
Sentimientos de culpa excesiva o inutilidad (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o autoculpabilización).	Sentimientos de culpa, inutilidad e inseguridad.
Disminución acusada de la capacidad para pensar.	Dificultad para concentrarse o pensar con claridad.
Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente.	Pensamientos suicidas.

transformado en “Cambios en el apetito”, “Insomnio o hipersomnia casi cada día” en “Problemas para dormir”, “Disminución acusada de la capacidad para pensar” en “Dificultad para concentrarse o pensar con claridad”, “La agitación psicomotora casi cada día” en “Ansiedad e inquietud” y los “Sentimientos de culpa excesiva o inutilidad (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o autoculpabilización)” en “Sentimientos de culpa, inutilidad e inseguridad”.

Como resulta perceptible, el juego consiste en introducir una mayor laxitud en los criterios diagnósticos para incorporar en la definición de lo patológico situaciones habituales de la adversidad humana. Con esta afirmación no queremos negar la existencia de una enfermedad (o varias) hoy denominada “depresión”, de posible origen biológico y que sin duda provoca un sufrimiento que puede ser paliado con psicofármacos, sino señalar el abuso de la nosología y de la prescripción ante emociones y estados comunes como la tristeza, el abatimiento, el duelo, el estrés e incluso el cansancio, que no deberían ser medicalizados, pues simplemente no son enfermedades, y que si son tratados como tales es en gran

medida por los intereses de la industria farmacéutica, por la organización burocrática de los sistemas de atención en salud y en salud mental y por las necesidades construidas por las expectativas culturales de la modernidad y de la sociedad de consumo. Como indica uno de los psiquiatras –informantes de nuestra investigación en Cataluña–: “Yo tengo que decirle a muchos pacientes: Oiga que lo suyo no es una depresión. Usted está simplemente triste y tiene todo el derecho de estarlo. Como han hablado con la vecina o con un familiar que está tomando *Prozac* o *Seroxat* y están muy contentos, después vienen a pedirte el medicamento. Ellos ya han hecho su autodiagnóstico. Tienen muy claro que tienen una depresión y lo que quieren es resolver los problemas de su vida con pastillas”.

El estado de ánimo reconvertido en anomalía es también el síntoma de una lógica de desocialización que basa su poder mistificador en la apelación exclusiva a un mundo de vísceras y alteraciones neuroquímicas. En este punto, los procesos de mercantilización y de medicalización parecen encontrarse y reproducirse con mutuo apoyo para generar ilusiones o fetiches paralelos, aunque no idénticos: el fetichismo de



la mercancía (antidepresivos) en tanto que detentadora de valor, propiedades y poderes propios y el fetichismo de la enfermedad (depresión) que, mientras “disimula” las relaciones sociales que producen la aflicción y los estados de ánimo, enreda a los actores en redes de consumo, mercantilización y hegemonía.

### 3. ANTIDEPRESIVOS, EGEMONIAS Y RIESGOS DE DESAFILIACIÓN

Las estrategias biopolíticas y bioeconómicas de la industria farmacéutica en el ámbito de los nuevos antidepresivos permiten evocar el concepto de *egemonía* (hegemonía) de Gramsci, aunque en el territorio de un saber experto como la biomedicina y un conocimiento profano organizado al ritmo sincopado de la economía global y sus intereses de consumo. Si Gramsci<sup>7</sup> proponía esta noción para mostrar la forma en que las élites consiguen que sus valores, representaciones y tendencias (así como la ideología que enmascara y disimula las desigualdades) filtren en las capas populares y sean asumidas como propias por parte de los grupos subalternos, las estrategias de promoción de los antidepresivos y la reconversión de los problemas humanos en enfermedades a tratar con psicofármacos pueden entenderse como procesos de una *egemonía* que actúa tanto en los sistemas expertos como en las concepciones legas o profanas.

Los métodos de la industria farmacéutica para construir su *egemonía* son muy variados (publicidad, control de la investigación, financiación de congresos, etc), afectan a actores e instituciones diversos (prescriptores, consumidores, asociaciones médicas, etc.) y se han visto intensificados en los últimos años. Sin ánimo de ser exhaustivos, algunas de las estrategias más significativas son:

a) La publicidad dirigida a los prescriptores de recetas (médicos de atención primaria y especialistas) mediante la persuasión cara a cara ejercida por los visitadores médicos y su juego de contraprestaciones a los profesionales (viajes a congresos, pago de asesorías y regalos varios).

b) La publicidad directa al consumidor en algunos países (*Direct-to-consumer advertising*) como Estados Unidos que ha sido objeto de debates ya proverbiales sobre los problemas éticos de esta práctica.

c) La publicidad indirecta al público en general mediante la financiación de los días de conciencia sobre una determinada enfermedad o la divulgación masiva de los éxitos de las nuevas moléculas en los medios de comunicación, así como la ocultación de los fracasos. Para el caso de los antidepresivos ISRS es conocida la minusvaloración, por parte de la industria, de algunos resultados de estudios experimentales que muestran una eficacia de estas sustancias similares al placebo, y de otros que indican la presencia de importantes efectos adversos como la agresividad y el suicidio, principalmente entre los consumidores adolescentes (Medawar, 1997).

d) La creación de un clima favorable a los productos en las revistas médicas, a menudo financiadas por la propia industria. En este caso las estrategias pueden oscilar entre la incorporación de los miembros de los consejos de redacción en la nómina de asesores de las compañías y la explotación masiva en las publicaciones de los resultados favorables mediante el sistema de *salami-slicing* o troceado de una investigación en varias entregas que permite crear un efecto de avalancha en los índices bibliométricos (Mata y Ortiz, 2002).

e) La financiación de investigaciones con cláusulas que aseguran un resultado satisfactorio a las compañías. Los editoriales de revistas de prestigio como *British Medical Journal* han incidido sobre este aspecto de forma clara e incisiva al apuntar que frecuentemente se publican artículos cuyos autores no han participado en el diseño del estudio, ni han tenido acceso a los datos, ni han participado en la interpretación de éstos, sino que “los *sponsors* del estudio –generalmente las compañías farmacéuticas– han diseñado la investigación y han analizado e interpretado los datos” en lugar de los autores nominales (Smith, 2001:588).

f) La financiación de congresos y jornadas científicas con las omnipresentes marcas de los laboratorios en la escenografía y las conferencias de sensibilización sobre la bondad del producto.

g) La financiación de cursos de formación continuada dirigidas a los médicos que generalmente son el resultado de las compensaciones que la industria ofrece al sector público tras las negociaciones con los organismos estatales responsables de la validación de medicamentos, de la compra de grandes cantidades para los siste-

<sup>7</sup> Véase Gramsci (1975 y 1985).

mas nacionales de salud y de la regulación de los precios. En España, es indicativo que una parte considerable de los profesionales de la salud, especialmente en la atención primaria, sólo tienen acceso a este tipo de formación a partir de los cursos promovidos por las compañías farmacéuticas (Mata y Ortiz, 2002).

Obviamente, el objetivo de todas estas estrategias es la creación de un “sentido común” que permita la incorporación de las marcas comerciales en los mundos simbólicos de prescriptores y usuarios. La promesa que se ofrece es que los primeros podrán resolver así los problemas asistenciales derivados de la fuerte demanda y asumir con mayor facilidad su posición de saber en la interacción clínica. Los segundos, por su parte, contarán con un recurso para solventar sus malestares, aunque sea al precio de desocializar sus estados de ánimo, sus sensaciones corporales y sus aflicciones. En este sentido, algunos profesionales que hemos entrevistado en Cataluña indican:

“El problema es que los profesionales nos vemos obligados a hacer recetas. En los dispositivos públicos es difícil dedicar tiempo a los pacientes, sobre todo en la asistencia primaria. Son los médicos de primaria los que más recetas hacen de antidepresivos. Es lo que los pacientes quieren y, así, se resuelve la visita en dos minutos”

“Es la forma de que todos estén contentos, los pacientes, los familiares, los médicos, los laboratorios. Muchas veces es un apoyo que puede ser útil a una persona, porque está sufriendo y es necesario, pero en otras muchas se puede hablar de una medicalización.”

“El sistema de salud está organizado así, funciona así. Si haces cosas diferentes empiezas a tener problemas. Es un problema, un conflicto entre la responsabilidad y la adaptación a las políticas sanitarias, a los protocolos...”

Como se deduce de estas afirmaciones, en los sistemas sanitarios basados en la cobertura universal, el exceso de prescripción se reproduce como práctica porque se torna adaptativo a los intereses de la industria y al funcionamiento burocrático de los sistemas públicos de salud y a sus deficiencias, como la falta de tiempo para la

realización de las consultas, el aumento progresivo de la demanda y, cómo no, la preeminencia de protocolos y políticas sanitarias que, mientras “personifican” la enfermedad y los tratamientos, naturalizan las aflicciones humanas.

Pero las estrategias de *egemonía* no sólo operan en el ámbito de los profesionales de los sistemas sanitarios, sino que también inciden en los propios consumidores. En países como Estados Unidos, con modelos de promoción directa al público, las campañas son mucho más agresivas y –probablemente por ello– el consumo más exacerbado. En los estados donde se limitan este tipo de prácticas, las consecuencias son menores, aunque, como hemos podido observar, no por ello de escasa relevancia. En realidad, una escena frecuente en los dispositivos de atención es la del paciente solicitando la receta de antidepresivos para resolver las adversidades de su vida cotidiana. El estado de ánimo deprimido, la falta de energía, la timidez, el insomnio, la muerte de un familiar, la soledad, los problemas de la vida cotidiana y del ciclo de la vida, el divorcio, la pérdida o ganancia rápida de peso, la apatía, incluso las preocupaciones por la hipoteca y los préstamos bancarios son utilizados como motivos para construir, en la interacción clínica, un estado depresivo que puede ser medicalizado.

La presencia de “modelos explicativos”<sup>8</sup> populares que favorecen la medicalización de los estados de ánimo es ya un *lugar común* entre los profesionales de la salud mental, que entienden que los usuarios buscan en los efectos euforizantes de los antidepresivos la posibilidad de conjurar las incertidumbres de la vida cotidiana. Incluso los afectados y afectadas adoptan fórmulas narrativas hegemónicas, como son las propias del lenguaje biomédico, que facilitan la transformación de sus malestares en enfermedades y que encierran estructuras que dehistoricizan y desocializan sus propias vivencias. Un ejemplo etnográfico, como el testimonio del Señor K, puede ser útil en este punto:

“Me llamó K y vivo en una ciudad cercana a Barcelona. Hace tres años que empecé a sentirme mal. Consulté a un par de psiquiatras porque tengo un amigo en la misma situación que me lo aconsejó. Los dos me dijeron que tengo una depresión. La depre-

<sup>8</sup> Por “Modelos Explicativos” o *Explanatory Models* entendemos, siguiendo a Kleinman (1980), los significados o percepciones que profanos, pacientes y profesionales ofrecen sobre un mismo episodio de enfermedad o malestar y que incluyen ideas sobre la causa o etiología, el diagnóstico, la fisiopatología, el curso y evolución y el tratamiento. A nuestro juicio, una de las aportaciones más destacadas de este constructo teórico es ubicar en una posición de simetría las diferentes percepciones existentes sobre la enfermedad, ya sean legas, remitan a saberes médicos tradicionales o populares o formen parte de sistemas expertos

sión es una enfermedad terrible. A mí me costaba levantarme por la mañana. Siempre estaba cansado, sin energía. Dormía mal. A veces me pasaba la noche despierto y luego por la mañana, claro, estaba agotado. El *Seroxat* me ha ido muy bien. Me siento más alegre. Veo la vida con optimismo, incluso tengo ganas de buscar trabajo. Al principio tomé *Prozac*, pero no me acababa de gustar, sobre todo por la sexualidad. Mi psiquiatra (el segundo psiquiatra) me dijo que el *Prozac* tiene efectos secundarios, baja la libido. En cambio el *Seroxat* me va bien.

[Después de un tiempo de conversación]

Es muy duro acabar una carrera y verse sin trabajo, y eso es lo que me pasó. Trabajé en varias ETTs (Empresas de trabajo temporal) y ya no podía más. Cuando estudiaba en la facultad (derecho) me veía triunfando en la vida. Yo sería un abogado conocido, de prestigio, trabajaría duro, me ganaría las cosas a pulso, pero triunfaría. Al salir de la facultad y ver el panorama me desilusioné, me desmotivé mucho. Estuve trabajando con contratos temporales en algunas empresas, pero siempre sin continuidad. Te contratan por un salario miserable, te chupan la sangre y el entusiasmo y luego puerta. “Ya conocía usted las condiciones de este trabajo” Y, joder, claro que las conocías, pero uno siempre espera que las cosas se correspondan con el esfuerzo.

Lo primero que haces cuando te has quedado en la calle es sentirte culpable. Debes ser una mierda para que te hayan echado. Te culpabilizas y eso no te deja dormir, ni vivir, ni follar, ni hacer nada. Te deja apático. Mi psiquiatra me dice que tengo que saber afrontar la vida y que *Seroxat* me va bien para cambiar mi percepción de las cosas, ser más optimista. Y ahora lo soy. Estoy pensando en montar con un amigo una pequeña empresa, una consultoría para empresas. Algo de pequeña escala. Luego ya veremos, según vaya todo”.

Curiosamente, entre la primera parte del relato de nuestro informante y la segunda —que hemos separado con una anotación entre corchetes— se dispone una ruptura narrativa. La primera parte discurre prioritariamente por un territorio simbólico de emociones, estados de ánimo, signos y síntomas como el insomnio y el abatimiento. El paisaje emocional que nos ofrece el Señor K rememora, no por azar, el discurso biomédico y sus concepciones sobre la depresión. El sujeto parece haber asumido los valores, categorías y modelos explicativos biomédicos, aunque sus palabras denoten a veces poca convicción, como si estuviese repitiendo un discurso sabido, pero no del todo propio, no del todo incorporado. Es significativo que cuando le preguntamos por su experiencia, sus palabras pare-

cen concentrarse en el mundo de sensaciones corporales y psicológicas, en las molestias producidas por el insomnio y la fatiga. Sólo cuando continuamos interpelando por su historia de vida podemos obtener la información que aparece a continuación.

En la segunda parte, el paisaje de factores y condicionamientos ha cambiado ostensiblemente. Ahora las palabras del Señor K nos resultan más familiares e incluso evocativas de la escena de la Señora R y su tentativa fracasada de crear una estructura narrativa sobre sus adversidades; sólo que, obviamente, los contenidos van en otra dirección, pues apelan al mercado de trabajo, el desempleo, la competitividad, los contratos eventuales, los bajos salarios, la flexibilización laboral y otros muchos factores que brotan con fuerza, pero en un plano temporal secundario en comparación con su primer relato de signos y síntomas: el cansancio, el insomnio, la falta de energía, el ánimo deprimido, etc. Obviamente, el Señor K es consciente que la precariedad laboral ha afectado a su estado de ánimo. No obstante, su primera respuesta tiende a naturalizar su malestar con un “Las cosas son así”. Podemos llamar a esto alienación, en el sentido marxista de observar como legítimas las desigualdades sociales y las relaciones sociales de producción propias de una economía capitalista. Podemos también entender que ha incorporado o corporalizado —al menos parcialmente— los intereses mercantilizadores de la industria farmacéutica y los valores sobre la individualidad, la emocionalidad, el trabajo y el éxito profesional propios de la moderna sociedad de consumo. Sin embargo, lo que nos interesa subrayar en este punto es que el antidepresivo se ha convertido para él en un mecanismo de resolución de sus problemas sociales y biográficos y que, paradójicamente, esto ha sido posible mediante una desocialización y dehistorización de su propia experiencia. Por obra de la *egemonía* y su poder sobre las conciencias, el mundo social ha sido somatizado y ha perdido parte de su memoria. Ahora es principalmente insomnio, depresión y fatiga.

Los conflictos laborales (precarización en el empleo, condiciones de trabajo, aumento del *mobbing* y otras formas de violencia institucional), el desempleo, la dificultad de acceso a la vivienda, el peso de la atención doméstica a familiares incapacitados (tarea que por regla general recae en las mujeres), la pérdida de las redes sociales, la pobreza, la marginación, la sensación de soledad y la imposibilidad de

mimetizar las imágenes culturales de éxito y de consumo son algunos de los factores más invocados por los consumidores de antidepresivos que hemos entrevistado. En realidad, una parte considerable –aunque difícil de cuantificar– de los estados depresivos tratados en los dispositivos de atención son malestares producidos por las adversidades de la vida cotidiana; malestares que responden a lógicas más amplias de la estructura social y de una economía-política que demanda a los actores y los grupos familiares ajustes al mercado de trabajo y mantenimiento de su capacidad de consumo. Aquí el antidepresivo deviene un recurso posible para soportar las incertidumbres y los riesgos de desafiliación, entendiendo ésta –y en palabras de Castel (1995:36)– como la imposibilidad o dificultad estructural de los actores para “reproducir sus existencias y asegurar su protección”. Quizá por ello, algunos informantes llegan a afirmar que este tipo de medicamentos es lo “mejor que se ha inventado”. Este es el caso de la Sra. M de 37 años, administrativa, separada y con dos hijos que adicionalmente afirma:

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

En el imaginario de la Señora M, *Prozac* se convierte en la salvación, en el instrumento necesario para cambiar su perspectiva del mundo y de las cosas y poder, así, continuar con su actividad laboral y acometer algunas transformaciones, como la búsqueda de una nueva pareja o el cambio de vivienda. En realidad, es habitual entre los consumidores de antidepresivos que la sensación de euforia pueda materializarse en comportamientos que retroalimentan la sociedad de consumo, como la compra de ropa y de diferentes productos, el cambio de vivienda o el inicio de una actividad empresarial, como en el caso del Señor K. De esta forma, el entusiasmo se convierte en sintónico con las pautas de consumo, mientras que la época asociada a la “depresión” se percibe como un tiempo durante el cual el sujeto era un inadaptado, presa del

miedo a endeudarse, con inseguridades sobre el futuro y sin expectativas. De hecho, el antidepresivo opera como un auténtico integrador social, como un instrumento de adaptación que permite conjurar las incertidumbres y los riesgos de desafiliación. Y aquí la “depresión” nos revela nuevamente sus poderes fetichistas, pues no sólo desocializa las aflicciones humanas, sino que también naturaliza las convenciones de un determinado modo de producción y su mundo de necesidades creadas.

#### 4. CONCLUSIÓN: EL CUERPO (DES)ENCANTADO

“Es el mundo encantado, invertido y puesto de cabeza en que *Monsieur le Capital* y *Madame la Terre* aparecen como personajes sociales, a la par que llevan a cabo sus brujerías como simples cosas materiales”. (Marx, 1976:768).

“En realidad, como se espera demasiado de la ciencia, se la concibe como una brujería superior” (Gramsci, 1985:143).

El consumo masivo de antidepresivos puede vislumbrarse como metáfora y metonimia de un “mundo (des)encantado” en el cual los desarreglos y las contradicciones de la globalización y su metacultura se materializan en nuevos hábitos y comportamientos sociales. El consumidor del capitalismo tardío tiende a amagar estos desarreglos y a representarlos en un lenguaje naturalizado que apela al cuerpo más que a las relaciones sociales, a las sustancias (antidepresivos) más que al discurso. Es una de las características del nuevo individualismo y su énfasis en el cuerpo como agente hedonista y en las tecnologías corporales como promesas de reversibilidad corporal (la cirugía plástica, la prolongación artificial de la juventud, etc) y de felicidad (la cosmética psicofarmacológica). El espacio que otros momentos detentaron *tokens* como el espíritu, el sujeto, el ciudadano o la personalidad ha sido ahora ocupado por esa entidad difusa que condensa las tensiones de la sociedad contemporánea: el cuerpo abatido, fatigado e inapetente por una estructura social que demanda ajustes continuos y el cuerpo eufórico y sobrenormalizado que se torna adaptativo a esa misma estructura.

Evidentemente, en la actualidad continúan persistiendo otros modelos ideáticos de persona y de resolución de las adversidades humanas; tantos al menos como los mundos culturales existen-

tes. Ahora bien, las estrategias de *egemonía* y mercantilización de las corporaciones transnacionales, los procesos de convergencia de las diversas políticas sanitarias, la relación significativa que los actores establecen con el mercado (relación consumidor-mercancía) y los vínculos entre estos actores y los sistemas expertos parecen mostrar cada vez más una mayor uniformidad que invita a revisar la imagen de un mundo fragmentado en unidades político-culturales con sus propios universos de prácticas, saberes, tendencias y concepciones. La popularización y globalización del consumo de antidepresivos es

buena prueba de ello, pues en este proceso la biomedicina y la industria farmacéutica confluyen para crear una estructura significativa con capacidad de resignificar los diferentes males locales (el *Taijin kyofusho* en Japón, la *saudade* en Brasil, la *fatigue* en Francia, etc.) y de significar otros nuevos (timidez extrema, síndrome premenstrual disfórico, etc.). Es una faceta más del capitalismo tardío y de sus “brujerías”, que permite tanto la preeminencia del “espacio” (lo global) sobre el “lugar” (lo local) como poner a trabajar los estados de ánimo en beneficio de determinados intereses de consumo.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, J. et al. (2004): “European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project”. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 420:21-7.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1995): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (4th edition), Washington, DC., American Psychiatric Association.
- APPLBAUM, K. (2000): “Crossing borders: Globalization as myth and charter in American transnational consumer marketing”. *American Ethnologist*, 27(2), 257-282.
- BRACEWELL, M. (1993): “Escape Capsule”. *The Observer* (Life section), 7 November 1993, 30-31.
- CARLSTEN, A. et al. (2001): “Antidepressant medication and suicide in Sweden”. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 10(6):525-30.
- CASTEL, R. (1995), *La metamorfosis de la cuestión social*. Barcelona, Paidós.
- CASTELLS, Manuel (1998): *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Vol. 1, La sociedad red. Madrid: Taurus.
- CIUNA, A. et al. (2004): “Are we going to increase the use of antidepressants up to that of benzodiazepines?”. *Eur J Clin Pharmacol.* 60(9):629-34.
- COHEN, D y HOELLER, K. (2003): “Screening for depression: preventive medicine or telemarketing?”. *Ethical Human Science Services*, 5(1):3-6.
- FREEDMAN, D. (1992): “The Search, Body, mind, and human purpose”. *American Journal of Psychiatry*, 149, 858-66.
- GRAMSCI, A. (1975): *Quaderni del carcere*. Turín: Einaudi.
- GRAMSCI, A. (1985): *Introducción al estudio de la filosofía*. Barcelona: Crítica.
- GRANT, R. (1994): “The Prozac generation”. *The Independent on Sunday*, 30 Jan, 12-16.
- GROB, G.N. (1991a): *From asylum to community. Mental health policy in modern America*. Princenton: Princenton University Press.
- HELGASON, T et al. (2004): “Antidepressants and public health in Iceland. Time series analysis of national data”. *Br J Hemels ME et al. (2002), “Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000”. Ann Pharmacother.* 36(9):1375-9.
- KELLY, K (1995): *Out of Control: The Rise of Neo-Biological Civilization*. Menlo Park CA: Addison-Wesley.
- KIRMAYER, L. (2002): “Psychopharmacology in a Globalizing World: The Use of Antidepressants in Japan”. *Trans-cultural Psychiatry*, 39(3): 295-322.
- KLEINMAN, A. (1980): *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- KRAMER, P. D. (1993): *Listening to Prozac*. Nueva York: Viking.
- LEWIS, G. S. et al. (2005): “Growth in moderation”. *Scrip Magazine*, Feb, 1-4.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á. (1998): *¿Has visto cómo llora un cerezo?* Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á. (2000a): *What's Behind the Symptom?* Langhorne & Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (2000b): “Rendere Visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico”. *Am. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 9/10:9-34.

- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. y RECIO CÁCERES, C. (2005): *La salut dels menors i dels joves. Malalties i malestars en una societat desigual*. Barcelona: CIIMU ([www.ciimu.org](http://www.ciimu.org)).
- MARX, K. (1976): *Capital, A Critique of Political Economy*. Londres: Penguin Books. 3 Volúmenes.
- MATA, I. y ORTIZ, A. (2002): "Industria farmacéutica y psiquiatría". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35:35-74.
- MCMANUS, P et al. (2000): "Recent trends in the use of antidepressant drugs in Australia, 1990-1998". *Med J Aust*. 173(9):458-61.
- MEDAWAR, C. (1997): "Marketing depression and making medicines work", *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 10(2): 75-126.
- NICHM Foundation (2002), *Prescription drug Expenditures in 2001: Another Year Escalating Costs*. Washington DC: [www.nihcm.org](http://www.nihcm.org).
- NULAND, SB (1994): "The Pill of Pills". *New York Review of Books*, 9 June, 4-6.
- OMS (2001): *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
- O'REILLY, B. (2001): "There's still gold in them than pills". *Fortune Magazine*, 23 July, 11-13.
- RHEINBERGER, (2000): "The cell metaphor". En Lock, M., Young, A. y Cambrosio, A. (Eds.) *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- RIMER, S. (1993): "With millions taking Prozac, a legal drug culture arises". *New York Times*, 13 December, A1-B8.
- ROSEN, G. (1993): *A History of Public Health*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- SMITH, R. (2001): "Maintaining the Integrity of the Scientific Record" (Editorial), *BMJ*, 323:588.
- The Lancet* (2002): "Sponsorship, authorship and accountability". *The Lancet*, 358:854-856.
- TOUFEXIS, A. (1993): "The personality pill" *Time*, 11 October, 53-54.
- WURTZEL, E. (1996): *Prozac Nation*. Nueva York: Free Press.