

# Trauma, suicidio y vulnerabilidad. Enseñanzas de la pandemia. \*

## *Trauma, suicide and vulnerability. Lessons from the pandemic.*

Patricia Álvaro, José M. López-Santín, Ferran Molins, Jesús López, Clara Izquierdo, Alberto Matías, Isabel González y Ezequiel Sánchez.

Grupo de Trabajo de Formación de la ACPSM-AEN Catalunya.

**Resumen:** A partir de una serie de tres webinars realizados durante el mes de junio'2020 en el marco del ciclo con idéntico título al del artículo, se plantea el papel que tiene la actual gubernamentalidad, el neoliberalismo biopolítico, en la concepción del trauma, el suicidio y la vulnerabilidad.

Se trata de conceptos empleados en la atención a la salud mental que bajo la mirada de las actuales formas de gobierno tienden a cosificarse produciendo un reduccionismo biologicista de la experiencia del sujeto, una descontextualización del sujeto respecto de las relaciones dinámicas con su entorno y un abordaje individualista del mismo. Se propone que la pandemia ha supuesto una agudización de las prácticas sustentadas bajo ese marco ideológico descrito.

**Palabras clave:** Trauma, suicidio, vulnerabilidad, biopolítica, gubernamentalidad, neoliberalismo.

**Abstract:** Evolving from a series of webinars that were streamed during June 2020, the aim of this article is to demonstrate the implications of the contemporary governmentality, biopolitic neoliberalism, upon trauma, suicide and vulnerability.

These common concepts in mental health care are being treated like objects, because of this governmental approach. Consequently, the experience of the subject is diminished to its biological aspects, rather than contextualized in relation to its dynamic relationships with its environment. What transpires is an individualistic approach. The Covid 19 pandemic has brought an amplification and escalation of these practices.

**Key words:** Trauma, suicide, vulnerability, biopolitics, governmentality, neoliberalism.

Durante el mes de junio del presente año, desde el Grupo de Trabajo de Formación de la ACPSM-AEN Catalunya organizamos tres sesiones we-

binar para reflexionar sobre algunos aspectos puestos de manifiesto de forma más insistente durante la pandemia\*\*.

---

\* Trabajo realizado en el marco del proyecto "La clínica de la subjetividad: Historia, teoría y práctica de la psicopatología estructural" (PID2020-113356GB-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

\*\* Disponibles en abierto en el Canal YouTube de la ACPSM-AEN Catalunya.

Las sesiones abordaron la cuestión del trauma, el suicidio y el concepto de vulnerabilidad en salud mental, ejemplificándose este último en las situaciones vividas por el colectivo de adolescentes y de personas presas durante la pandemia y en relación con las restricciones sufridas.

Se contó con varios ponentes para tratar estas cuestiones desde una perspectiva crítica con la mirada naturalizadora reduccionista de lo mental y la individualización consecuente en su abordaje. Participaron: Federico Menéndez Osorio, Alberto Ortiz Lobo, Guillermo Rendueles Olmedo, Juan García-Haro, José Leal Rubio, Virginia Pareja Vallina, Jorge Tió Rodríguez, a los que agradecemos muchísimo su colaboración.

La perspectiva biomédica hegemónica orienta sus esfuerzos y recursos a desentrañar las causas que puedan explicar los síntomas mentales dirigiéndose a los mecanismos subpersonales biológicos. Esa mirada comporta una primacía originaria del sujeto aislado de su contexto, que solo en un segundo momento establece relación con su entorno. Sin embargo, el ser humano se caracteriza antropológicamente por su relacionabilidad y aperturas constitutivas, y los síntomas mentales por ser constructos históricos que emergen hermenéuticamente en el encuentro entre el sujeto-paciente y el sujeto-psicopatólogo bajo el marco médico-psicológico.

### Neoliberalismo, biopolítica y pandemia

El neoliberalismo es un régimen de gubernamentalidad o tecnología de gobierno que postula el libre mercado como motor de la riqueza de los ciudadanos (competencia mediante), que trabaja por la reducción a la mínima expresión del papel del Estado (aunque lo mantiene en beneficio del mercado como instrumento de la racionalidad mercantil), y que configura un tipo de subjetividad característica y funcional a sus intereses.

A diferencia de la gubernamentalidad pastoral y la estatal, la neoliberal se va a apoyar en la gestión de los procesos y la procuración de las regulaciones necesarias y naturales para que actúen en el orden de los fenómenos humanos, manteniendo así la libertad de los individuos como elemento indispensable en el arte de gobernar. De esta forma, supera la dicotomía tradicional

poder-libertad. Ahora las tecnologías del yo van a formar parte de las tecnologías de gobierno, incluyendo la relación de los individuos consigo mismos en el campo de los controles reguladores. Hoy, el poder no es solo una fuerza negativa y represora, sino también un agente de incitación. Se va a apoyar en la libertad y en la promoción de las diferencias y las singularidades (1).

Y es que la gubernamentalidad neoliberal interviene directamente sobre las condiciones de existencia del mercado, es decir, sobre todo aquello que no surge de manera espontánea en la vida económica; a saber, los seres humanos y sus necesidades, la población y sus desarrollos, las estructuras mentales, etc. Produce así una política de la vida que garantice el funcionamiento de la sociedad y la subjetividad de acuerdo con las reglas del mercado. No solo se precisa “hacer funcionar” los Estados según los imperativos económico-liberales, sino también las poblaciones y, más concretamente, los individuos. Esa razón neoliberal introduce la racionalidad reguladora del mercado en cualquier dominio de la vida humana. Se articula así una subjetividad funcional al despliegue del mercado. Y lo hace en dos niveles: en la relación que el sujeto establece con el medio y en la que establece consigo mismo. Si el primero se refiere al concepto de *Homo economicus*, el segundo al de capital humano. Por el primero se comprende al ser humano como unidad estrictamente individual movilizadora por el interés y sujeta a un orden económico que desconoce y no controla. Por el segundo el individuo aparece ante sí mismo como espacio gestionable, como “yo empresa”, como autoexplotador, y queda arrojado a un mandato de libertad individual que lo coloca en una situación de precariedad existencial.

Este proceso de subjetivación bajo el orden económico comporta un sufrimiento que De la Mata ha sintetizado en cuatro grandes grupos: sufrimiento del valor personal, inestabilidad de las narrativas biográficas, sufrimiento del rendimiento y sufrimiento de la nueva simbolización (2). Sin entrar en cada aspecto, podemos decir que la racionalidad neoliberal produce la exclusión de personas y colectivos que no cumplen los requisitos del mundo de la mercancía y del valor. Sin embargo, y paradójicamente, la exclusión y el sufrimiento quedan incluidos en el



sistema como nuevas mercancías que generan valor. Como resume López-Petit, “hoy la política consiste en gestionar la vida, y lo que alimenta actualmente el capital no es ya el fruto de nuestro trabajo, sino nuestra propia vida. [...] La precariedad existencial es, por lo tanto, la forma histórica de la vulnerabilidad que corresponde a nuestra época” (3).

Y puesto que hablamos de la inclusión de la vida en la política, es obligada la remisión a Foucault, que analiza las transformaciones de las formas de gobierno modernas, conceptualizándolas bajo la noción de biopolítica. Una gubernamentalidad esta, que tiene en su centro la regulación de la vida y que nace en el marco del régimen neoliberal (4). Así, las políticas de la vida se ocuparían de la regulación y administración de la vida, la regulación a gran escala de las poblaciones (como conjunto de cuerpos vivientes, o cuerpo social), emplearía categorías vinculadas a la apropiación política de la vida (p.ej. hacer vivir, dejar morir, longevidad, mortalidad, natalidad, contagio, promoción de la vida y de la salud, recuento de vivos y muertos), convertiría los fenómenos biológicos en fenómenos políticos y ejercería medios de control disciplinarios, no tanto ligado a leyes como a normas que configurarían los campos de acción posibles para los individuos en el seno de las sociedades y que implicarían a los cuerpos y a las relaciones de los mismos (reclusión, confinamiento, control de movimientos corporales) en una especie de “gobierno ambiental” (5,6). La inclusión de la vida, ahora reducida a vida biológica o corporal (7), como ámbito controlable, ordenable, interviniente por el poder político, jurídico, económico en el marco neoliberal, va a tornar la biopolítica en tanatopolítica, haciendo de la enfermedad, la muerte y la precariedad existencial fuente de riqueza y de acumulación de capital. Es precisamente la precariedad existencial en que queda el ser humano en el régimen neoliberal, el nicho de mercado del mercado biopolítico (pensar en el horizonte mercantil de los seguros de vida, los fondos de pensiones privadas, la salud como bien de consumo, la terapia como mercancía, la inversión educativa...).

A la luz de lo expuesto, podemos decir ahora que el discurso (y hacer) biomédico hegemónico contemporáneo es un discurso (y hacer) de la biopo-

lítica. Reduce al ser humano a lo biológico, a la vida biológica, y lo trata en su dimensión poblacional sometiéndolo a la cientificidad del experto. Las ciencias psi, entendidas ya como tecnologías gubernamentales del yo, van a responder de forma técnica individualizando los riesgos y con prácticas centradas en el individuo.

Ciertas posiciones reduccionistas del trauma y del suicidio dirigen su mirada al individuo y su reacción biológica o psicológica defectuosa desde una mirada estadística. Esas concepciones simplifican la complejidad de ambos fenómenos con miras solucionistas y a escala poblacional. Los abordajes psicológicos a situaciones traumáticas colectivas o la planificación de la prevención del suicidio a nivel poblacional se enmarcan en la gubernamentalidad neoliberal biopolítica. Ambos ejemplos muestran cómo las políticas contemporáneas ponen la vida en el centro regulándolas y administrándolas. Y lo hacen con dos movimientos. Una, la regulan desde una mirada poblacional estadística que homogeneiza a cada individuo, sustrayendo su singularidad. Y, por otro lado, sitúan el foco de las causas en el interior del individuo, en su biología. Cualquiera que conozca de cerca el hacer de las ciencias *psi* en la actualidad podrá ver ambos movimientos. La estadística y la medicina basada en la evidencia cumplen la primera tarea; la segunda es cosa del discurso biomédico simplón.

Los planes de prevención del suicidio y las estrategias de ayuda psicológica al trauma en catástrofes o en pandemia son ejemplos de prácticas biopolíticas que contribuyen a conformar subjetividades, al sujeto neoliberal. Regulan cómo debe sentirse el que padece el trauma y cuáles son las vías de manejo adecuadas, que son individualizadoras del problema. Sobre el suicidio regulan toda una serie de procedimientos y prácticas de identificación, control y seguimiento que se ponen en marcha para evitar que alguien decida suicidarse y para que no vuelva a hacerlo.

Por otro lado, la actual sociedad tecnológica facilita nuevos medios que potencian la regulación biopolítica. El manejo de nuevos dispositivos tecnológicos que recaban datos de los individuos agrupándolos en grandes bancos de datos, que permiten ponerlos en relación para extraer correlaciones que permitan dar explicaciones

(Chul-Han lo ha llamado dataísmo (8)) o que directamente permiten gestionar individualmente comportamientos y emociones, es común en las sociedades actuales.

Durante la pandemia los medios tecnológicos de regulación biopolítica se han incrementado enormemente, y tanto la gestión y prevención del suicidio como la gestión de las emociones han sido algunas prácticas ilustrativas. El programa Codi Risc Suicidi (ampliado durante la pandemia a población menor de edad) o la *app* que la Generalitat de Catalunya implementó durante la pandemia, y cuyo nombre ya da una pista de lo que aquí decimos, GestioEmocional.cat, son ejemplos ilustrativos.

### La vulnerabilidad en salud mental

El término vulnerabilidad deriva etimológicamente del latín *vulnus*, herida. Su uso abarca dos campos diferenciables. Por un lado, un uso amplio como característica antropológica del ser humano remitiendo al hecho común de ser afectable, finito o dañable. Y, en segundo lugar, un uso reducido que remite a la particular fragilidad y afectabilidad de determinadas personas o colectivos en base a sus características diferenciables.

El uso del concepto vulnerabilidad se ha extendido en los últimos 20 años y viene siendo usado en contextos políticos de gestión de determinados colectivos. Paralelamente, el uso del término vulneración ha caído en desuso (9). El primero viene a poner el foco sobre la persona o colectivo especialmente afectable o dañable y, sobre un fondo de asepsia sociopolítica, a asociarse al riesgo. De ahí se sigue una derresponsabilización de las instituciones públicas en la tarea del cuidado. Por otro lado, el segundo se dirige a la fuente del daño y por tanto a la relación de las personas y colectivos con los sistemas de prevención y protección de las fuentes de daño. Así, el término vulnerabilización, como incremento de la natural vulnerabilidad humana, serviría para evitar evadir la responsabilidad de las fuentes de vulneración y la individualización, tan característica de las políticas neoliberales, en los propios afectados.

En relación con lo que hemos dicho antes sobre la noción de vulnerabilidad, en el actual régimen

de gubernamentalidad se pueden observar dos movimientos. Uno, tiene que ver con la concepción metafísica del ser humano como sujeto autosuficiente, en el que la interdependencia y vulnerabilidad en sentido amplio se ven como debilidad. Y otro, que tiene que ver con el uso del término vulnerabilidad en sentido restringido para agrupar personas singulares bajo un paraguas común que permita una gestión más eficiente. Este segundo movimiento entraña una homogeneización de personas singulares y situaciones heterogéneas en pro de la gestión política de sus vidas. Como decíamos arriba, se reduce el aspecto ontológico del concepto vulnerabilidad, para hacerlo manejable, objetivable, reificando y homogeneizando así a individuos y colectivos enteros para estratificar, regular y administrar de forma planificada sus vidas.

La reducción y reificación de la noción de vulnerabilidad humana que se opera bajo el imperio del neoliberalismo también tiene sus resistencias.

Así, se han señalado las patologías del no-poder, del cansancio y la fatiga como manifestaciones individuales (que algunos han tratado de colectivizar) de resistencia ante una realidad neoliberal caracterizada por la ausencia de negatividad y el exceso de positividad, en el que la resiliencia ha surgido como tecnología para fabricar sujetos más fuertes dispuestos a soportar mejor el siguiente golpe (3).

También la oposición que supone la ética del reconocimiento. El concepto de reconocimiento parte de la intersubjetividad constitutiva del ser humano, asume su apertura a la alteridad, la dialogicidad que es el ser humano, la interdependencia como condición humana. Esta condición antropológica-existencial es premisa para la posibilidad de enfermar (ser dañado, construirse en el daño) y la posibilidad de cura o terapia (reparar el daño). El filósofo y sociólogo A. Honneth ha señalado tres fuentes de reconocimiento que pueden ser reparadoras (amor, derecho, solidaridad) (10). La ética del reconocimiento es pues reparadora o curativa. Así lo concibe también G. Stanghellini, que ha construido una psicopatología que parte de la concepción del trastorno mental como falla en el reconocimiento y fractura de la dialogicidad, y de la terapia como trabajo de reconocimiento

por medio de un diálogo que caracterizará como “antropocéntrico” o “antropoiético” (11).

El webinar correspondiente a la cuestión de la vulnerabilidad se centró en dos colectivos concretos (menores y personas presas) para ejemplificar la cuestión en lo concreto y acaecido durante la pandemia. Como hemos dicho arriba, la reificación está servida y por eso conviene señalar que más que de grupos vulnerables habría que hablar de situaciones de vulneración. Entre estas situaciones cabe señalar no solo la situación de reclusión o de proceso de maduración en curso, sino de otras situaciones como la alta dependencia por edad avanzada, el desempleo de larga duración, las diferentes formas de malos tratos, el sinhogarismo, la migración y el desarraigo, la marginalidad, el analfabetismo... Todas ellas situaciones que dificultan la conquista de la subjetividad neoliberal requerida para mantenerse a flote hoy día y que engordan el censo de los excluidos.

Durante la pandemia ha quedado bien patente la forma de operar de la gubernamentalidad biopolítica neoliberal. Los procedimientos y protocolos reguladores no han tenido en cuenta las situaciones que hemos enumerado antes y se ha vulnerado aún más a las personas que se encontraban en esas situaciones, en pro del mantenimiento de la economía y la vida biológica. Se han vulnerado más algunas personas y colectivos y no se han tenido en cuenta aquellos factores que ofrecen protección a la salud mental (fundamentalmente relaciones, espacios comunes, posibilidad de movilidad ampliada).

En el caso de los adolescentes, habría sido preceptivo tener en cuenta que se trata de un período de búsqueda de aceptación del grupo y de diferenciación de la familia y que se caracteriza por una fuerte necesidad de experimentar que contribuye a la construcción de la identidad personal. El distanciamiento social requerido por las autoridades político-sanitarias acrecentó la desigualdad entre jóvenes que podían permitirse una ventana al exterior por medio de la tecnología y los que no, entre los que podían tener un lugar propio en su domicilio y los que no, entre los que mantenían una relación familiar saludable y los que no. En este contexto el incremento de autolesiones o “adicciones” de todo tipo era una respuesta esperable.

En las personas presas, haber tenido en cuenta la necesidad esencial del contacto social con personas de apoyo fuera, la necesidad de actividades que permiten aislarse del contexto y proyectarse a futuro y fuera, la importancia del consumo de drogas dentro de prisión que cesaría abruptamente durante la pandemia, eran cuestiones a tener en cuenta antes de cerrar a cal y canto las prisiones. En otros países del medio como Italia, Reino Unido o Países Bajos, se optó por medidas más aperturistas para no vulnerar más aún la situación de las personas presas (12).

El reconocimiento, esencial para cualquier persona, pero tan y tan fundamental en la etapa de la adolescencia y tan y tan fracturado en las personas presas, debería haber encontrado en las instituciones su artífice en momentos tan duros como los que ha traído la pandemia. No en vano es una de las fuentes paradigmáticas de reconocimiento que postula Honneth.

De la misma forma que en el régimen neoliberal el concepto de vulnerabilidad se reifica, los fenómenos del trauma y del suicidio son enfocados desde una mirada naturalizadora reduccionista, haciendo de esta una herramienta política de gestión. Vamos a verlo.

### **El trauma en salud mental**

El concepto de trauma se refiere inicialmente a la lesión anatómica que hiere la continuidad corporal. Solo posteriormente se traslada su uso al campo psicológico (13). Hablar de trauma, especialmente en salud mental, es hablar de la relación entre el sujeto y su entorno. Como decíamos, es la apertura constitutiva del ser humano, esa herida infinita de la que nos habla JM. Esquirol, la que posibilita la experiencia, la vivencia, y la vivencia en cuanto traumática (14). El trauma es el acontecimiento que vive el sujeto de una forma particular y con unas consecuencias existenciales características.

Vale la pena atender a la definición que realiza G. Stanghellini del mismo como diálogo de la subjetividad con la alteridad externa (realidad/acontecimiento) (15). Es en la fractura de ese diálogo donde emerge la experiencia caracterizada como traumática y que supone diversos fenómenos fundamentalmente relativos a la modificación de

la vivencia del tiempo que condicionan la aparición de síntomas varios.

El papel del trauma en la psicopatología data de largo tiempo. La psicopatología psicoanalítica lo ha empleado desde sus inicios. Sin embargo, es con los cambios en el manual americano DSM-III-R y la operacionalización de los diagnósticos psiquiátricos, y la inclusión del Trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el apartado de Trastornos de ansiedad en 1980, cuando el concepto de trauma se generaliza y el diagnóstico de TEPT crece exponencialmente hasta convertirse en el diagnóstico de moda en los años 90. Los criterios operacionales sufren distintos cambios en las sucesivas ediciones de forma tal que se extiende el diagnóstico (se incluyen medidas de la respuesta subjetiva del paciente, se incluye la posibilidad de experimentar el trauma sin haber vivido directamente la experiencia). Como sucede frecuentemente en el DSM, acontecimientos socioculturales contingentes suponen la generalización y difusión del diagnóstico. El atentado del 11 de septiembre en Nueva York sirvió en este caso para movilizar las fuerzas en este sentido.

Sin embargo, algunos autores mantienen la caracterización de la experiencia traumática no tanto en función de criterios politéticos más o menos presentes y su afectación funcional como en función de las características de la experiencia vivida. Estas características se resumen en la ausencia de integración narrativa de la experiencia en la propia historia vital, en el carácter alienante de la misma (del entorno y de sí mismo) y en la modificación del sentido de existencia de la persona (16).

Si por un lado, la ontología naturalista reduce al hombre a sustancia separada de su entorno y no atiende a la constitución del propio ser humano como existente, el contexto cultural en que nos movemos en Occidente, el neoliberalismo, comporta una individualización de la aproximación a cualquier asunto humano. Resultado de esta mirada, predomina un acercamiento a la vivencia traumática centrada en las dificultades individuales de cada persona en el afrontamiento a la situación. Y de ahí, a lo que se denomina machaconamente “gestión” de la situación traumática y que no pasa de ser una

racionalización de la experiencia con objetivo a organizar una respuesta adaptativa mediante técnicas solucionistas. Un concepto, el de gestión, que si bien en su origen etimológico remite al genérico “llevar a cabo”, “cargar con algo”, el neoliberalismo ha desplazado su sentido al de “trámite para solucionar un asunto” o “papeleo” connotando su significado a partir de la lógica del problema-solución y de los actos administrativos burocráticos necesarios para resolver el problema. Así, la gestión de las emociones, de los problemas, de las situaciones, acaba por entenderse como solucionable a partir de su análisis racional, su simplificación y la aplicación de actos “solucionadores”, más allá de toda la complejidad que entrañan las emociones o las situaciones en que el ser humano se ve inmerso.

En definitiva, el concepto de trauma entraña una complejidad que no se asume en el actual enfoque naturalizador reduccionista con orientación solucionista. El inmediato etiquetaje diagnóstico como TEPT, al que sigue el abordaje “experto” orientado a técnicas que alejan a la persona de la apropiación narrativa de la experiencia, la posicionan en una dependencia que se ha visto nociva a largo plazo en no pocas ocasiones. Esa complejidad quizás puede aprehenderse mejor caracterizando el trauma como “trauma psicosocial” dando a entender una afectación que va más allá del individuo aislado y vinculándolo a su entorno y su accionar en el mismo (17). No en vano, la existencia previa y la emergencia de lazos de solidaridad, el apoyo mutuo o la construcción colectiva de un sentido de la experiencia alejado de la dependencia y sustentado en la apropiación/agencia de la misma, son factores de buen pronóstico. Creemos que un marco más amplio y comprensivo que asuma una ontología del ser humano alejada del naturalismo se adecúa mejor para enfrentar en la consulta situaciones traumáticas y sus manifestaciones personales. Se nos antoja ineludible la integración contextual de la experiencia y la búsqueda de sentido narrativo de la misma, así como de la vida posterior a la experiencia en cuestión. El marco que pueden dar el Cuidado Informado sobre el Trauma o el Marco Amenaza-Poder-Significado constituyen esfuerzos en el sentido que hemos tratado aquí.



## El suicidio

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública al ser una de las primeras causas de mortalidad en determinados grupos edad de los países occidentales. En España, de acuerdo con los datos epidemiológicos del INE del año 2018 es la primera causa de muerte de causa no natural y es la primera causa de muerte en hombres del grupo de edad entre 25 y 29 años. Además, está entre la primera y la tercera causa de muerte en grupos de hombres y mujeres, especialmente en los primeros, en los grupos de edad entre 15 y 44 años.

No se puede decir que las tasas de suicidio hayan aumentado globalmente en los últimos años, sin embargo, sí han aumentado ligeramente en franjas de edad más joven. Sin embargo, las tasas de mortalidad por suicidio aumentan con la edad, y hay muchos más suicidios en edades avanzadas que en jóvenes, aunque de ello no se hable tanto mediáticamente.

Por otro lado, se ha señalado que la tipificación de suicidio es una tipificación médico-forense, y se ha observado una subestimación de las tasas de mortalidad por suicidio cuando no se acude a las fuentes médico-legales y se fundamentan en los certificados de defunción. Los certificados de defunción realizados por los médicos en primera instancia con relativa frecuencia no certifican como causa de muerte el suicidio. Se han señalado algunos factores mediadores de ese baile de cifras en las tasas de suicidio entre las que están las dificultades relacionadas con los criterios de su definición, la intencionalidad del sujeto y las actitudes culturales hacia el suicidio (18). Y es que, por ejemplo, el suicidio tiene implicaciones legales, económicas o familiares para los que quedan que condicionan su etiquetaje definitivo; o puede etiquetarse como suicidio un acto autolesivo con otra finalidad (comunicativa, ansiolítica, evasiva) en casos en que no hay una intencionalidad autolítica, pero el resultado es de muerte.

El suicidio, y su prevención, se han convertido en una prioridad de las acciones en salud mental por varios motivos. Se trata de una causa de “mortalidad evitable” (susceptible de intervención por políticas sanitarias) y al ser una de las causas

principales de mortalidad en personas jóvenes tiene un gran impacto en el entorno próximo y también a nivel social (se valora el impacto por medio de índices como los “años potenciales de vida perdidos”). Ambos parámetros dan cuenta de la centralidad de la vida y su regulación en las políticas actuales, poniéndolas además siempre en relación con el “gasto social” que comportan. Lo mismo que se viene haciendo con la depresión en los últimos años al poner el acento en la carga económica que supone para la sociedad. Otro índice más de la razón neoliberal.

Actualmente la concepción del suicidio en el discurso dominante es la de expresión de una enfermedad. Y así, son las políticas sanitarias y los servicios de salud los que se ocupan del mismo. Sin embargo, su conceptualización ha ido evolucionando a través de la historia concibiéndose como acto de libertad, como pecado, como delito, según el contexto cultural del momento, quedando sujeto a ámbitos filosóficos, religiosos o judiciales.

Como decíamos en la actualidad, la psiquiatría biologicista afirma que tras el 90% de suicidios realizados existe un sujeto con un trastorno mental. Las cifras evidentemente oscilan según la fuente, pero el mantra psiquiátrico actual es el de señalar como causa del suicidio al trastorno mental, especialmente la depresión. Teniendo en cuenta el reduccionismo biologicista de la psiquiatría dominante, se tiende a la naturalización del acto suicida y se orienta consecuentemente gran parte de los fondos y los esfuerzos de la investigación a la búsqueda de explicaciones reduccionistas de carácter biologicista. No es raro pues que la financiación de proyectos con objetivos tan generales como la investigación de la incidencia poblacional de tentativas y repetición de tentativas de suicidio y la evaluación del programa de notificación de riesgo de suicidio (programa CRS Cataluña) por el ISCIII, incluyan subproyectos empeñados en buscar variables “clínicas” (las comillas son nuestras) neuropsicológicas, marcadores psiconeuroendocrinos, de inflamación, genéticos y de neuroimagen, que permitan discriminar a los sanos y no repetidores de los repetidores de tentativas suicidas.

Según J. García-Haro (19) se da así una tautología (los trastornos mentales causan el suicidio

y el suicidio es expresión de trastorno mental) que contribuye a excluir los factores contextuales co-constitutivos de la conducta y a aseverar que el tratamiento de los trastornos mentales (la depresión, especialmente) es la mejor prevención. Pero detrás del suicidio, como fenómeno recogido bajo el marco biopolítico neoliberal actual, es decir como dato estadístico poblacional sobre el que hay actuar políticamente por medio de procedimientos para su regulación, existe cada suicidio singular, que es portador de una historia única y de una subjetividad concreta, y que queda homogeneizado bajo un paraguas demasiado heterogéneo incapaz de dar cuenta de la comprensibilidad del acto al desatender tanto al contexto como al sujeto. La muleta biomédica acude rápida y regularmente a cubrir esa ausencia de sentido, explicándola vagamente remitiéndose a mecanismos subpersonales que no están al alcance del sujeto, y que lo deja inerte ante su propia alteridad, aumentando de paso el estigma.

El sentido del acto, hurtado por esa mirada reduccionista y homogeneizadora, tanto a supervivientes como a familiares, queda exclusivamente dirigido a la existencia de la enfermedad mental. Y si bien, hay personas a las que ese cierre aparente les puede ser útil para seguir viviendo, en otros casos no lo es y siguen buscando un sentido más comprensivo que esté incrustado en las historias de vida y de las relaciones de los afectados. El sentido de la conducta suicida nunca es clausurable y siempre es interpretable, pero es una necesidad buscarlo para los que quedan. Por esto, es por lo que defendemos que la asistencia a los supervivientes y familiares siempre debe ser singular.

## Conclusiones

La pandemia ha puesto de manifiesto abruptamente el aspecto ontológico del ser humano, su vulnerabilidad o afectabilidad. Vulnerabilidad, trauma y suicidio son conceptos complejos que la actual atención a la salud mental trata de forma gerencial y planificadora, esquilmando las complejidades, matices, heterogeneidades, que se dan en ellos.

El neoliberalismo organiza la individualización/privatización de lo común. Bajo el imperio neo-

liberal, el sentido de la experiencia traumática o del suicidio se descontextualiza a través de explicaciones biomédicas que alejan a la persona de posicionarse respecto a su experiencia por medio de narrativas que incluyan su biografía, sus valores personales o su contexto cultural. La etiqueta subsume las diversas experiencias singulares homogeneizando situaciones personales y experiencias muy diversas. La misma individualización ocurre en el trato neoliberal con las personas y los colectivos vulnerados, dirigiendo la mirada a su individual fragilidad y a su individual tratamiento.

Partir de la vulnerabilidad como la capacidad humana de ser afectado por el (lo) otro y de la necesaria interdependencia entre las personas, permite comprender el trauma y el suicidio como experiencias que están necesariamente engarzadas con los otros y la situación, de donde emergen el sentido y los significados, la cotidianidad del mundo de la vida que subyace a cualquier explicación técnica o experta. Así, la vulnerabilidad deja de ser una característica individual de una persona especialmente frágil, para ser una característica humana común a todas las personas que nos permite una apertura que a la vez es herida, que es fuente de poder y de impotencia. Y la particular vulnerabilidad de individuos o colectivos remite en su condición antropológica a los otros, y por tanto a las vulneraciones.

Hablar y actuar en estos términos permite descentrar la mirada del individuo aislado o el colectivo diferenciado y explicitar los riesgos que comporta la prevención individual de riesgos: medicalización de los problemas de la vida, creación de nuevas enfermedades psíquicas, control de la intimidad, contribución a la conformación de subjetividades características de la sociedad neoliberal, etc.

Las personas presas y los menores son ejemplos de colectivos vulnerados sobre los que cae buena parte del peso de la mirada patologizadora. Menores, reducidos a la franja poblacional en que los trastornos mentales se inician y por tanto, sobre los que hay que dirigir todas las estrategias posibles de prevención, con sus riesgos (20). Presas, sobre las que recae también el peso de la mirada patologizadora que va sustituyendo la mirada policial concretándose a través de



la medicalización del crimen (21) (aclaramos, no obstante, que este es un fenómeno complejo que no conviene tomar de forma ligera y que requeriría un análisis específico detallado).

La pandemia, que ha tenido distintos momentos y que se ha concretado en relatos diversos (22), trajo la conciencia de la vulnerabilidad común, compartida con los otros. Sin embargo, ese relato duró poco y, al margen de algunas

prácticas de apoyo mutuo que se establecieron y fortalecieron en algunos barrios o espacios, tuvo poca concreción práctica general. Lo que sí se ha establecido ampliamente es una regulación mayor de la vida en todos sus aspectos fundamentada en la biopolítica como régimen gubernamental contemporáneo y apoyado en los instrumentos que le son propios y que hemos señalado más arriba (normas, estadísticas, protocolos y procedimientos...).

### Contacto

José M. López-Santín 📞 629 665 637  
CSMA Martí i Julià. Parc de Salut Mar de Barcelona  
C/Irlanda, 79. Santa Coloma de Gramenet • 08922 Barcelona

### Bibliografía

- Castro R. *Neoliberalismo y gobierno de la vida*. En: VVAA. *Hacer vivir, dejar morir*. CSIC/Catarata, Madrid (2010).
- De la Mata I. *Salud mental y neoliberalismo*. En: VVAA. *Salud mental y capitalismo*. Cisma editorial, Madrid (2017).
- Piè Balaguer A. *La insurrección de la vulnerabilidad. Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia*. Edicions de la Universitat de Barcelona, Barcelona (2019).
- Foucault M. *El nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económico, Buenos Aires (2007).
- Jordana E. *Foucault y la gubernamentalidad*. Curso “De la política a lo político”. Organizado por el Institut d’Humanitats de Barcelona, 2020. Audio disponible en: [www.instituthumanitats.org/audios/2-7-foucault-y-la-gubernamentalidad](http://www.instituthumanitats.org/audios/2-7-foucault-y-la-gubernamentalidad)
- Garcés M, López P y Cano G. “Los límites de la biopolítica y otras formas de gobierno”. Ciclo de debates online “Filosofía (anti)viral. ¿es posible la crítica en tiempos de pandemia? Organizado por Grupo de Investigación Complutense Cuerpo, lenguaje, poder (CLEPO), Foro Metabody 2020 y Reverso. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=3-3uYBawN8k>
- Ramos P. Vida, psiquiatría y biopolítica. *Frenia* (2009), Vol IX:7-32.
- Han B-Ch. *Psicopolítica*. Herder, Barcelona (2014).
- Madrid Pérez A. *Vulneración y vulnerabilidad: Dos términos para pensar hoy la gestión sociopolítica del sufrimiento*. En: Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad. Solé Blanch J. y Piè Balaguer A. Icaria editorial SA, Barcelona (2018).
- Honneth A. *La lucha por el reconocimiento*. Grijalbo Mondadori SA, Barcelona (1997).
- Stanghellini G. *Lost in dialogue. Antropology, psychopathology, and care*. Oxford University Press, 2017.
- Marcelo F. Aebi and Mélanie M. Tiago. Prisons and Prisoners in Europe in Pandemic Times: An evaluation of the medium-term impact of the COVID-19 on prison populations. *Council of Europe Annual Penal Statistics*, diciembre 2020. Disponible en: [https://wp.unil.ch/space/files/2021/02/Prisons-and-the-COVID-19\\_2nd-Publication\\_201109.pdf](https://wp.unil.ch/space/files/2021/02/Prisons-and-the-COVID-19_2nd-Publication_201109.pdf)
- Menéndez Osorio F. Trauma, vulnerabilidad y resiliencia. La patologización de los sucesos “traumáticos” de la vida. *Norte de salud mental* (2021); vol. XVII (64): 39-46.
- Esquirol JM. *Humano, más humano*. Editorial Acantillado, Barcelona (2021).
- Stanghellini G. *Atlante di fenomenologia dinamica*. Edizioni Magi, Roma (2008).
- Pérez-Sales P. La banalización del trauma. *Jano* (2004); Vol. LVXI (1506):312.

Pérez-Sales P. El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de salud mental* (2004); 20:29-36.

Guija JA et ál. Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Rev Esp Med Legal* (2012); 38:161-71.

García-Haro J et ál. Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo* (2020); Vol 41(1):35-42.

Solmi M et ál. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2021 Jun 2.

MacPherson A. La mitad de los presos tiene un trastorno mental. *La Vanguardia*, 30 de julio de 2017.

Leal Rubio J. Relatos, búsqueda de sentido y construcción colectiva de futuro. *Norte de Salud Mental* (2020); vol. XVII (63):85-93.

- Recibido: 21/11/2021.
- Aceptado: 13/12/2021.