

PRÓLOGO

LA LITERATURA ES una constelación de mentiras y este libro no es una excepción. *Miedo de ser dos*, que se publicó por primera vez en 2014, está salpicado de mentiras o, más exactamente, de hipérbolos y deformaciones. Siempre simpaticé con la estética de Valle-Inclán, según el cual la literatura solo alcanza la verdad cuando deforma sistemáticamente la realidad. Los espejos del callejón del Gato nos ofrecen una imagen grotesca e inverosímil de las personas u objetos que se reflejan en su superficie, pero en esa caricatura o esperpento se halla lo más profundo y auténtico. No he mentido en lo esencial. Se me diagnosticó bipolaridad y pasé una década en el infierno, pero ahora sé que ese diagnóstico constituyó un error. No fue una simple negligencia, sino el fruto de la mala praxis que impera en la psiquiatría desde los años ochenta, cuando comenzó a circular la falsa idea de que todos los trastornos mentales o conductas desviadas de una hipotética normalidad, incluida la tristeza aguda o el duelo, proceden de un desarreglo bioquímico, una teoría jamás demostrada.

Miedo de ser dos no es una autobiografía, sino una radiografía de mis estados emocionales en un período de mi vida. Cuando lo acabé, había experimentado cierta mejoría, pero esta no se completó hasta que conseguí dejar los psicofármacos que me habían prescrito. De forma gradual y por propia inicia-

tiva, rebajé gradualmente la medicación hasta suprimirla del todo. No fue fácil y, de hecho, tuve que retroceder y volver a empezar varias veces, pues —aunque suele ocultarse— los psicofármacos crean una aguda dependencia y, al retirarse, producen un síndrome de abstinencia que a veces se confunde con una recaída, lo cual provoca que muchas personas se resignen a tomarlos el resto de su vida, ignorando que pueden producir deterioro cognitivo. Se me dijo que la bipolaridad era genética, hereditaria e incurable. Se me auguró un porvenir sombrío, afirmando que no podría sacar adelante nada significativo, pero lo cierto es que desde mi jubilación forzosa en 2012 he publicado mil quinientos artículos y cinco libros. Cuando aparezca este, probablemente ya habrá visto la luz el sexto y tengo otros dos en camino. A pesar de haber aprobado la oposición de profesor de filosofía de enseñanzas medias con el número uno, se me apartó de la enseñanza sin contemplaciones. Todo se llevó a cabo por correo. No hablé con ningún inspector médico ni pasé por un tribunal. Tras conocer casos similares, he llegado a la conclusión de que la Administración jubila sistemáticamente a todos los funcionarios con un diagnóstico de bipolaridad. Al menos, a los que trabajan en sectores como la educación, la medicina o las fuerzas de seguridad. Un diagnóstico de bipolaridad es una condena casi irreversible, pues implica exclusión, condescendencia y menosprecio. Lo cierto es que hace más de cuatro años que no tomo psicofármacos y, lejos de haber recaído, he logrado una firme estabilidad. A veces, cuando la vida me golpea, experimento tristeza, pero no depresión. En enero de 2018, perdí a mi madre y a mi hermana Rosa con veinte días de diferencia y continué con mi vida. No dejé de escribir ni interrumpí mi rutina. La escritura ha sido mi tabla de salvación. Gracias a ella, he cerrado mis heridas y

me he reconciliado con la existencia. También me proporcionó una ayuda inestimable cuidar durante cinco años a mi madre, afectada por una demencia senil, y a mi hermana, con graves discapacidades físicas. Cuidar es una inmejorable terapia. Sería injusto si no mencionara a mi mujer, cuyo afecto también ha desempeñado un papel esencial en mi recuperación. Y no me olvido de mis perros y mis gatos. Su inocencia y vulnerabilidad ha sido una inagotable fuente de ternura.

Ahora sé que la amitriptilina, el antidepresivo que tomé más de diez años, alteró gravemente mi personalidad. A las pocas semanas de consumirlo, aparecieron los primeros síntomas de manía: irritabilidad, mal humor, cambios de ánimo, verborrea, insomnio, gastos irresponsables, deseos de lesionarme, trastornos de sueño, fantasías suicidas. Al contárselo al psiquiatra que me había diagnosticado inicialmente depresión, afirmó que en realidad yo era bipolar. Yo le dije que el prospecto de la amitriptilina describía mis síntomas como una de las reacciones adversas más frecuentes, pero no me hizo caso. Aunque no disponía de ninguna evidencia ni de ninguna prueba objetiva para acreditar su diagnóstico, descartó cualquier vacilación y me subió la dosis de antidepresivo, añadiendo un estabilizador, un hipnótico y benzodiazepinas. En vez de mejorar, empeoré terriblemente. Eso me hace preguntarme: ¿Es la psiquiatría una ciencia o una disciplina contaminada por los prejuicios y la ideología? Hasta los años cincuenta del pasado siglo, la psiquiatría carecía de herramientas para abordar la enfermedad mental y, además, su objetivo principal no era curar, sino neutralizar a los individuos conflictivos, entre los que se incluía a los homosexuales, los inconformistas, los adolescentes rebeldes, los inadaptados o las mujeres promiscuas.

En la década de los cincuenta, se descubrieron los neurolépticos o antipsicóticos de primera generación, unos psicofármacos eficaces en la supresión de los síntomas positivos de la psicosis (alucinaciones, delirios, paranoias, etc.), pero con un fuerte efecto sedativo que provoca cuadros de apatía, desmotivación y fatiga. La aparición de este tratamiento constituyó una verdadera revolución, pues mejoró notablemente el pronóstico de patologías tan graves como la esquizofrenia, pero eso no impidió que se continuaran utilizando métodos de dudoso valor ético o científico, como los ingresos indefinidos en los viejos manicomios, la terapia electroconvulsiva, la terapia de choque con insulina, las inyecciones de aguarrás, la privación de sueño o la hidroterapia con agua fría o caliente. La lobotomía, un tipo de psicocirugía que podía incluir la ablación completa de un lóbulo cerebral, se practicó legalmente hasta 1967. Se especula que en algunas dictaduras se ha empleado de forma clandestina para anular a opositores políticos.

A finales de los sesenta, surgió la antipsiquiatría, un movimiento que cuestionaba el carácter biológico de las enfermedades mentales y abogaba por un enfoque psicoterapéutico, capaz de reeducar las emociones sin la necesidad de recurrir a los psicofármacos. Asociada a los movimientos de protesta de los sesenta, la antipsiquiatría sufrió feroces ataques por parte de los sectores más conservadores de la clase médica, especialmente a partir de los ochenta, cuando el neoliberalismo liderado por Ronald Reagan y Margaret Thatcher comenzó a menoscabar el Estado del bienestar. El neoliberalismo no fue una simple revolución política. Su objetivo era imponer nuevos valores: individualismo, competitividad, productividad, eficiencia. No eran valores abstractos, sino principios muy concretos que incluían desprecio por la debilidad y el fracaso. De

hecho, esos valores han alimentado en las últimas décadas la desigualdad, la insolidaridad y el estrés, desencadenando una epidemia de infelicidad e insatisfacción. Así lo entiende James Davis, profesor de Antropología y Psicoterapia en la Universidad de Roehampton, Reino Unido, que en su libro *Sedados* (Capitán Swing, 2022) acusa al neoliberalismo de haber contribuido a deteriorar gravemente la salud mental de Occidente. En 1981, *Sunday Times* entrevistó a Margaret Thatcher. La primera ministra acusaba a las políticas socialdemócratas de haber infantilizado a la población. Se esperaba demasiado del Estado, lo cual menoscababa la iniciativa individual y el afán de superación. Había que cambiar ese enfoque, transformar las mentes, crear un nuevo tipo de ciudadano. Cuando el entrevistador preguntó cómo pensaba hacerlo, Thatcher contestó: «Mi objetivo no es la política económica. Lo que quiero cambiar es la manera de actuar y los cambios en la economía son el medio para cambiar esta forma de actuar. Cambiarla significa intervenir directamente sobre el corazón y el espíritu de la nación. La economía es el método, el objetivo es transformar el corazón y el espíritu».

Las políticas neoliberales descargaron a la sociedad y las familias de cualquier responsabilidad en la aparición de los síntomas de manía, depresión o psicosis. Se propagó la idea de que la verdadera causa de las enfermedades mentales era una alteración bioquímica que debía abordarse básicamente con psicofármacos. El problema no era el modelo social, sino el cerebro, que irrumpía en el mundo con una grave deficiencia, pero lo cierto es que no se ha encontrado ninguna causa biológica real para la inmensa mayoría de los trastornos mentales. Como señala James Davis, «no se disponen de análisis de sangre o de orina, escáneres, radiografías u otras pruebas objetivas que permitan

verificar cualquier diagnóstico psiquiátrico». Los diagnósticos son clasificaciones más o menos arbitrarias influidas por prejuicios o por el afán de emular el rigor taxonómico de la botánica. La primera edición en 1952 del DSM (el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría) enunciaba algo más de un centenar de trastornos mentales. La última edición (DSM-5), que apareció en 2013, elevaba la cifra a 370 y, según la OMS, hay 400 tipos de enfermedad mental. Es imposible observar estos números y no experimentar la sensación de que los diagnósticos se han convertido en una telaraña invasiva. Dentro de poco, el porcentaje de enfermos habrá superado al de individuos sanos. No suele mencionarse que la mayoría de los psiquiatras que han trabajado en la elaboración del DSM mantienen vínculos con la industria farmacéutica y su método de clasificación no pudo ser más arbitrario, pues las diferencias de criterio se resolvían por votación y no con datos objetivos.

La psiquiatría biologicista ha impuesto su modelo mediante artículos académicos escritos por encargo, manipulación de los resultados de los ensayos clínicos, ocultación de los efectos nocivos de los psicofármacos, campañas publicitarias engañosas, estímulos económicos a las revistas científicas y sus directores. El modelo neoliberal, con su ambición insaciable de beneficios, ha corrompido a la medicina. Parece una afirmación arriesgada o excesiva, pero lo cierto es que desde los ochenta se han incrementado los suicidios y los trastornos mentales, pese a la prescripción masiva de psicofármacos. En países como Estados Unidos o Reino Unido se ha duplicado la prescripción de antidepresivos en las últimas cuatro décadas. También se han duplicado las declaraciones de incapacidad laboral por motivos de salud mental. Lejos de constituir el punto de partida

para recobrar la salud, las personas a las que se diagnostica una enfermedad mental explicándoles que sus problemas se deben a alteraciones bioquímicas, suelen caer en un pesimismo que no favorece su recuperación y sufren un grave deterioro de su autoestima, pues se sienten estigmatizadas e impotentes para superar sus problemas.

Los psicofármacos no son inofensivos. La mayoría de los antidepresivos basados en inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) incrementan las tendencias suicidas en pacientes adolescentes y, en ocasiones, provocan graves alteraciones de personalidad. Los dos jóvenes que perpetraron la masacre de Columbine en 1999 consumían antidepresivos por prescripción médica. Dylan Klebold llevaba meses en tratamiento con sertralina y paroxetina. Cuando se realizó la autopsia de Eric Harris también se descubrió que había rastros de un antidepresivo en su sangre. No se trata de fenómenos aislados. En 2001, un juez australiano culpó a la sertralina de convertir a un esposo pacífico en un asesino violento. Ese mismo año, un jurado de Wyoming determinó que la paroxetina «puede ocasionar que algunas personas se vuelvan homicidas o suicidas».

Las agencias reguladoras no protegen a los pacientes, sino a la industria farmacéutica. La Agencia Europea de Medicamentos se financia en un 91 % con las tasas e impuestos por los servicios que presta a esas compañías. Los reguladores dependen económicamente de las empresas a las que tienen que regular. Emer Cooke, directora ejecutiva de la Agencia Europea de Medicamentos, trabajó durante años para la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas, el principal *lobby* de la industria farmacéutica en el continente. La situación es similar en Reino Unido y Estados Unidos. La

zorra vigila el gallinero. Solo así ha logrado silenciarse que los antidepresivos —tal como apunta Joanna Moncrieff, profesora de psiquiatría en el University College de Londres (UCL)— son sustancias psicoactivas, como el alcohol y la marihuana. Actúan sobre el sistema nervioso central y producen dependencia. Según un estudio que Moncrieff ha publicado en la revista *Molecular Psychiatry* del grupo *Nature* (julio 2022), no hay evidencias de que la depresión esté provocada por un déficit de serotonina. Podría decirse lo mismo de la esquizofrenia y la dopamina. ¿Por qué acaban entonces los neurolépticos con los síntomas positivos de la esquizofrenia? Por la misma razón que las benzodiacepinas mitigan los cuadros de ansiedad. Los neurolépticos son sedantes mayores y la benzodiacepinas sedantes menores. Ambos deprimen la actividad cerebral y, por tanto, inducen un estado de relajación que inhibe los delirios y la angustia, pero a costa de adormecer las emociones y provocar enlentecimiento psicomotriz.

Desde hace décadas, se ha medicalizado el sufrimiento, creando la impresión de que la tristeza puede erradicarse mediante la química. No me refiero a la melancolía o a la contrariedad, sino a la tristeza profunda. He participado en muchas terapias de grupo y nunca me he encontrado con vidas perfectas que se descompensaban por una alteración biológica. La enfermedad mental no se parece al cáncer o los problemas cardiovasculares. Siempre está precedida de circunstancias vitales adversas. De hecho, la depresión afecta con especial dureza a los grupos sociales con menos recursos. Detrás de una depresión, casi siempre hay una tragedia: la pérdida de un ser querido, un despido laboral, una ruptura sentimental, soledad no deseada. Todos esos conflictos podrían abordarse de otro modo, no encadenando a los sufrientes a un psicofármaco adic-

tivo y potencialmente desestabilizador. Lo ideal sería adoptar medidas sociales y psicológicas, como la intervención en el entorno, ayudas económicas, grupos de apoyo y psicoterapia. Es lo que se está haciendo ahora mismo en Finlandia y Noruega, donde se está gestando un nuevo paradigma de salud mental.

Las «pastillas de la felicidad» no existen. Desgraciadamente, el marketing de la industria farmacéutica ha hecho creer que sí y muchas personas acuden a las consultas médicas pidiendo que les receten una pastilla. No estoy en contra de la medicación en todos los casos. Un brote psicótico es muy peligroso y solo puede controlarse con neurolépticos, pero estos medicamentos tienen efectos secundarios devastadores: aplnamiento emocional, pérdida de la libido, aumento de peso, trastornos psicomotrices. La investigación debe centrarse en hallar nuevos tratamientos menos lesivos. No estoy seguro de que los antidepresivos de segunda generación hayan logrado ese objetivo. De hecho, no está claro que la risperidona tenga menos efectos secundarios que la clozapina. Al igual que un brote psicótico, un cuadro de pánico o un ataque de ansiedad pueden ser muy perturbadores y con un ansiolítico se aplacan. Sin embargo, su uso debe ser puntual, no sistemático, como ya se recomienda en los prospectos. En cuanto a los antidepresivos, tengo serias dudas sobre su utilidad y he podido comprobar en mis propias carnes que son muy peligrosos y adictivos. Se están recetando de forma masiva e irresponsable a personas que muchas veces solo necesitan ser escuchadas y confortadas. En el Reino Unido, casi cinco millones de personas llevan consumiéndolos desde hace al menos dos años. Esa cifra debería llevarnos a una reflexión colectiva sobre el modelo de sociedad que queremos. El experimento neoliberal ha dejado un terrible rastro de sufrimiento y desesperanza.

Manifiestar mis opiniones sobre la enfermedad mental en las redes sociales me ha costado un desagradable linchamiento. Centenares de psiquiatras me han atacado, acusándome de irresponsable. Otros, sin conocerme, han intentado convencerme de que seguía enfermo, utilizando como argumento que mi punto de vista no coincidía con el suyo. Imagino que la avalancha de artículos y estudios que cuestionan las hipótesis de la psiquiatría biologicista causa inseguridad en algunos profesionales acostumbrados a realizar diagnósticos y recetar psicofármacos con los datos proporcionados por una entrevista de quince minutos.

Veinte años luchando contra la depresión me han enseñado que el ser humano posee más recursos de los que imagina. Ahora se habla mucho de resiliencia, pero lo cierto es que Viktor Frankl, psiquiatra humanista y superviviente de Auschwitz, ya apuntó hace muchos años que somos libres, que podemos elegir, que nadie escoge el dolor, pero sí la forma de afrontarlo. Yo he bordeado la muerte, pero escogí vivir y lo celebro. Vivir no es fácil. No es posible eludir las pérdidas, los fracasos, los engaños, pero a pesar de todo, merece la pena. Los que escribimos tenemos la obligación de sembrar esperanza. Es posible superar las experiencias más dolorosas, incluida la depresión. Viktor Frankl superó el trauma de la deportación y la pérdida de su mujer y sus padres, que no sobrevivieron a Auschwitz. En *La casa encendida*, Luis Rosales escribe que «las personas que no conocen el dolor son como iglesias sin bendecir». Yo he sido bendecido, pues sufrí terriblemente y estuve a punto de quedar atrapado en las arenas movedizas de la angustia y la desesperación, pero renací —casi diría que resucité— y ahora contemplo el mundo con la alegría y la serenidad del viajero que ha regresado al hogar tras deambular entre sombras, espec-

tros y abismos. Espero que mi experiencia ayude a otras personas con problemas similares. Spinoza no se equivocaba cuando escribió: «Nada es más útil al hombre que el hombre». Como escritor, consideraría que he triunfado si mis textos sirven para ahuyentar la aflicción y desaliento.

RAFAEL NARBONA