



TRABAJO FINAL DE GRADO

Ensayo académico

“Más allá del cerebro: una mirada crítica al modelo biologicista desde los saberes psi”

Estudiante: Josefina Clavera Barreto

C.I 5.160.011-6

Tutor/a: Andrea Bielli

Revisor: Luis Giménez

Julio 2025

Montevideo, Uruguay

ÍNDICE

Introducción.....	3
1. El modelo biologicista y su hegemonía en el campo de la salud mental.....	4
1.1 Revisando orígenes.....	4
1.2 La biblia de los trastornos psiquiátricos: el DSM III.....	7
1.3 Las teorías bioquímicas del cerebro.....	8
2. Intereses en juego: ciencia, industria farmacéutica y producción de saber.....	9
3. El DSM.....	16
3.1 La normalidad como horizonte: el DSM y la construcción de un sujeto homogéneo.....	19
4. Del diagnóstico al estigma: impactos en la vida cotidiana de los usuarios de salud mental.....	20
5. Repensar las enfermedades mentales: hacia una psicología crítica y situada.....	29
Consideraciones finales.....	33
Referencias.....	34

Introducción

En la actualidad, hay una tendencia a la individualización y descontextualización de los problemas de salud mental. La ciencia es una actividad no neutral, y por ende, las prioridades en las agendas y las maneras en que se plantean las preguntas de investigación, están en gran parte determinadas por las prioridades económicas de quien las promueve, siendo uno de los mayores inversores la industria farmacéutica (Laporte, 2024).

Este ensayo propone una mirada crítica sobre cómo la psiquiatría biológica y dicha industria promueven una concepción exclusivamente biológica de los llamados trastornos mentales, generando una percepción social sesgada del papel de la ciencia médica como el principal determinante de la salud y de la enfermedad (Laporte, 2024). Los problemas de salud mental se desarrollan en un contexto socio-cultural determinado. Existen condiciones sociohistóricas, ambientales, políticas y económicas que interactúan con la biología para el desarrollo de una enfermedad.

La visión biológica promueve un abordaje descontextualizado del usuario de salud mental, focalizado en la reducción de las problemáticas a procesos que se dan particularmente en el cerebro. Esto tiene grandes consecuencias para dichos sujetos, como la estigmatización, la pérdida de autonomía, dependencia en la toma de decisiones, baja autoestima, efectos adversos asociados a los tratamientos farmacológicos, entre otros. Desde esta perspectiva, se cuestiona el modo en que se construye y legitima dicho conocimiento científico, pues el mismo está atravesado por intereses económicos y corporativos. La psicología como disciplina del área de la salud también ha adoptado y desarrollado herramientas en el diagnóstico y tratamiento basadas en este modelo. En este sentido, como estudiante y futura profesional de la disciplina, es parte de mi responsabilidad pensar en las condiciones de existencia del ser humano en relación a su contexto socio-histórico, y de forma situada. Esto implica, en primer lugar, reconocer que estamos ante un sistema de producción capitalista, que impacta no sólo en las maneras de vivir, sino también en la producción del conocimiento científico y en las prácticas psicológicas, entre otras. Es necesario repensar las prácticas de los profesionales de la salud, y fomentar una perspectiva crítica de la psicología, que promueva miradas y abordajes que contemplen esta multidimensionalidad de los procesos de salud y enfermedad, y favorezcan la herramienta de la interdisciplina.

1. El modelo biologicista y su hegemonía en el campo de la salud mental

Cuando se habla de la perspectiva biologicista en el ámbito de la salud, se hace referencia a un enfoque que concibe los procesos de salud y enfermedad como fenómenos exclusivamente orgánicos, cuyo origen y tratamiento se explican a partir de causas biológicas, genéticas y fisiológicas. Aplicada al campo de la salud mental, esta perspectiva sostiene que los trastornos mentales son enfermedades del cerebro, causadas por alteraciones neuroquímicas, disfunciones cerebrales o predisposiciones genéticas. En relación a los problemas de salud mental, más específicamente los trastornos mentales, los síntomas psicológicos se entienden como manifestaciones de una patología subyacente de base biológica, y el tratamiento se orienta prioritariamente a través de intervenciones médicas, especialmente farmacológicas. El ideal de este modelo, es establecer relaciones causales que permitan tomar control de los padecimientos mentales (Pérez Fernández, 2017).

Esta mirada ha sido desarrollada y sostenida principalmente por la psiquiatría biológica, corriente que ha tenido una fuerte influencia en los modelos diagnósticos y terapéuticos contemporáneos. Para comprender cómo se fue consolidando esta perspectiva, es necesario revisar brevemente su surgimiento y evolución histórica.

1.1 Revisando orígenes

Según Shorter (1997), hasta comienzos del siglo XX, la psiquiatría fue oscilando entre dos perspectivas: una con base humanista, que promovía una visión más integral de los problemas mentales, y una con base biológica, que hipotetizaba sobre la enfermedad mental como patología de origen biológico. En los principios de la psiquiatría, los primeros psiquiatras biológicos, consideraban que la psiquiatría podía ser sinónimo de la neurología, ya que los problemas residían en tegumentos del cerebro. También surgió la idea de la herencia como factor incidente en la locura, refiriéndose a familias cuyos antepasados eran considerados “lunáticos” (Shorter, 1997). Sin embargo, tardaron poco en aparecer quienes apoyaban la perspectiva psicosocial, que enfatizaba la historia de vida y el entorno social del sujeto. Ambas estuvieron conviviendo en tensión durante la era de la ilustración del siglo XVIII, hasta que en el siglo XIX, volvió a predominar la psiquiatría biológica, esta vez siendo reconocida como “primera ola”, por su gran impacto en el campo. Esta primera psiquiatría biológica, dominada principalmente por Alemania, se caracterizó por ser un movimiento de ideas, pero sobre todo de investigación. De alguna manera, la psiquiatría buscó alinearse a lo que estaba siendo la medicina de ese momento, y a través de la investigación, se buscaba relacionar los síntomas que aparecían en las personas antes de su muerte, con lo

que posteriormente se veía en la autopsia. Las investigaciones no se dieron en los asilos, sino en las universidades. Así fueron surgiendo cursos e institutos de investigación psiquiátrica, y se fueron ampliando las comunidades que se dedicaban al estudio científico de la misma. Wilhelm Griesinger, un médico y profesor de psiquiatría de una universidad de Berlín, fue considerado el fundador de esta primera ola. Publicó una de las más influyentes obras sobre el comportamiento psicopático y la naturaleza de los trastornos mentales hasta la época de Kraepelin a finales de siglo. Simultáneamente, habían otros referentes de este movimiento trazando lineamientos similares a los de Griesinger: en Austria, Theodor Meynert fue el gran influyente, pero su trabajo sucedió principalmente debajo de un microscopio observando. Él buscaba encontrar las causas físicas de las enfermedades mentales, se concentró sobre todo en la anatomía cerebral. Durante la década del 1880, había un gran afán por estudiar la psiquiatría a través del microscopio, y buscar lesiones que pudieran identificarse con ciertos síntomas. Sin embargo, esto no permaneció por mucho tiempo, ya que al estar tan alejados de la realidad de los pacientes, este modelo biológico que ponía el foco en la anatomía y fisiología, fue perdiendo fuerzas al considerar incurables los trastornos mentales (Shorter, 1997). Esta primera psiquiatría biológica llegó a su fin, cuando apareció el gran aporte de Emil Kraepelin: su nueva manera de entender a la enfermedad, implicaba una mirada vertical y no transversal de la misma. Kraepelin planteaba que había varios tipos de enfermedades mentales, cada una con sus características, y que podían apreciarse a través de su estudio sistemático, en un gran número de casos. Este es un planteo distinto al de la primera ola de la psiquiatría biológica, que hacía un corte transversal de la enfermedad, buscando relacionar los síntomas que emergían en el momento con los hallazgos neurológicos. A diferencia de otros referentes de la psiquiatría, Kraepelin se interesó por los trabajos de Wilhelm Wundt de psicología experimental en su laboratorio de Leipzig. Estaba interesado en la psicología humana como dimensión de la enfermedad psiquiátrica, por lo que estuvo un tiempo estudiando con él. Sin embargo, el mayor impacto que generó Kraepelin, fue con las 6 ediciones de su libro "Lehrbuch der Psychiatrie" (en español: "*Tratado de Psiquiatría*" o "*Manual de Psiquiatría*"). En él, sentó las bases para los diagnósticos psiquiátricos que luego fueron protagonizados en la modernidad. En su sexta y última edición, dividió las enfermedades en 13 grupos. Ésta fue una referencia clave para manuales posteriores, entre ellos, el DSM. Su influencia dio sus frutos durante las primeras décadas del siglo XX, hasta ser desplazado, aunque solo por un tiempo, por el psicoanálisis de Sigmund Freud (Shorter, 1997).

Simultáneamente, en Estados Unidos, uno de los seguidores de Kraepelin fue Adolf Meyer. Pasando por todo tipo de enfoques, primero de la psiquiatría biológica de Griesinger hasta familiarizarse con la clasificación de Kraepelin, fue un gran referente en esas tierras en el

campo de la psiquiatría. Sin embargo, cuando cayó el modelo clasificatorio de Kraepelin ante la llegada del psicoanálisis, Meyer también supo abandonar el sistema clasificatorio, para darle lugar a la perspectiva psicoanalítica de los trastornos mentales (Shorter, 1997)

La llegada del psicoanálisis al campo de la psiquiatría fue revolucionaria ya que, además de interrumpir la perspectiva biológica de los trastornos mentales, la metodología que propuso Freud con el tratamiento psicoanalítico fue lo que le permitió a los psiquiatras salir de los manicomios, e introducir la clínica privada (Shorter, 1997.) El modelo psicoanalítico trajo consigo una metodología de trabajo diferente: del microscopio al diván. Bajo los supuestos de que los trastornos mentales eran originados por conflictos inconscientes del pasado, sobre todo ocurridos durante la infancia y de índole sexual, los médicos y psiquiatras comenzaron a formarse como analistas, y profundizaron en técnicas como la asociación libre, la interpretación de los sueños, y la transferencia. Éste fue incluso protagonista del primer manual diagnóstico de los trastornos mentales publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) en 1950: el DSM-I. Organizado en dos grandes grupos clasificatorios, uno de ellos era para identificar los trastornos de los sujetos que tenían dificultades para adaptarse bien a su entorno, y se subdividía en trastornos psicóticos y neuróticos. El otro gran grupo, era para aquellos trastornos que se padecían a raíz de una causa biológica evidente, como por ejemplo infecciones, venenos, enfermedades hereditarias, etc. La APA había adoptado ideas del modelo psicoanalítico al punto de pensar en la ansiedad o depresión como trastornos emocionales provenientes de conflictos psicológicos no resueltos y particularidades de la historia de vida de una persona (Whitaker, 2024).

No obstante, según Shorter, el psicoanálisis no fue más que una breve pausa del modelo biológico en el campo de la psiquiatría. En la segunda mitad del siglo XX, el psicoanálisis fue perdiendo fuerza dentro del ámbito médico, la formación en psicoanálisis dejó de ser exclusivamente para los médicos y psiquiatras, ahora cualquier persona podría convertirse en analista. También se retomaron los estudios sobre la génesis biológica de los trastornos mentales, recuperando la base científica, y dejando al psicoanálisis por fuera del ámbito médico (Shorter, 1997). Durante la década de los 60, se descubrieron en algunas investigaciones el efecto que producían en el cerebro los antipsicóticos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (tipo de antidepresivos) y los tricíclicos (tipo de antidepresivos) (Whitaker, 2024), investigaciones que promovieron el interés por indagar más acerca de la relación entre los psicofármacos y los trastornos mentales.

1.2 La biblia de los trastornos psiquiátricos: el DSM III.

Fue entonces en la primera mitad del siglo XX, particularmente hacia la Segunda Guerra mundial, que se produjo un cambio en la manera de pensar la actividad científica. La ciencia dejó de ser vista como algo para académicos aficionados, y empezó a pensarse como una profesión. Esto implicó introducir nuevas formalidades, tales como el salario y el trabajo en equipo, además de verse implicados nuevos actores más allá del mundo académico como los gobiernos y las industrias (Peralva Aguiar y Guerrero Ortega, 2017). El avance científico fue siendo cada vez más acelerado, la ciencia tenía el protagonismo que nunca había tenido, además de un gran apoyo económico por parte de las diversas industrias y de los propios gobiernos. Este nuevo vínculo entre la academia, los laboratorios, la industria y el gobierno, fue fundante de este proceso llamado “tecnociencia”. El campo de la medicina fue “víctima” de esto, siendo los fármacos una tecnología que dispuso el avance científico, y que representó un quiebre para el tratamiento de las enfermedades (sobre todo crónicas) en este campo. En este sentido, la perspectiva de base biológica volvió a dominar la disciplina, con mayores influencias principalmente en Estados Unidos (Peralva Aguiar y Guerrero Ortega, 2017). A esto se le llamó la segunda ola de psiquiatría biológica. Varios autores como Whitaker (2024), Goetzsche (2016), y Peralva Aguiar y Guerrero (2017) coinciden, en que esto se consolidó con la publicación de la tercera versión del Manual Estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-III) en 1980 realizado por la Asociación de Psiquiatría Americana, gran referente del área. Aquí cambió la forma en que debían ser pensados y abordados los trastornos mentales; siendo estos pensados como enfermedades, que debían ser diagnosticadas basándose en los síntomas que aparecerían en el sujeto (Whitaker, 2024). La tercera versión del DSM pretendía ser de carácter ateorico, pero en realidad se basó implícitamente en el modelo médico (Demazeux y Singy, 2015). Fue creada por un grupo de psiquiatras, que fue contratado por su organizador, Robert Spitzer, debido a sus afinidades con la visión que ellos promovían de Emil Kraepelin, de que las enfermedades mentales debían ser tratadas como cualquier otra enfermedad física (Whitaker, 2024). Según Whitaker, esta decisión de cómo redactar el DSM, no fue solo obra de los intereses del organizador, sino también de presiones de otras instituciones, de agentes gubernamentales, de la industria farmacéutica, de compañías de seguros de salud. Se estaba planteando que la psiquiatría, como parte de una rama de la medicina, debía contar con mejores herramientas diagnósticas, ya que el diagnóstico es considerado en medicina algo fundamental para realizar un abordaje preciso y adecuado, y el DSM-I y II no contaban con dichas herramientas. Sus postulaciones se basaban en conceptos freudianos que no podían ser comprobados, dejando a la psiquiatría con problemas de legitimidad y competencia (Whitaker, 2024).

La nueva versión del DSM fue entonces clave para mejorar la fiabilidad diagnóstica, y además, para contar con diagnósticos “más precisos”, que fueron necesarios para los ensayos clínicos aleatorios que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige a las empresas farmacéuticas para la comercialización de los fármacos. Al ser un manual elaborado por la APA, siendo una institución referente en el campo, y los criterios compatibles con las exigencias de la FDA para las licencias de la medicación, no tardó mucho tiempo en expandirse este modelo por el resto del mundo. La influencia de este manual y de la APA en el campo de la psiquiatría se expande mucho más allá de Estados Unidos. El DSM, ha pasado a ser considerado por muchos “la biblia de los trastornos psiquiátricos”, por lo cual esta clasificación de los problemas de salud mental se ha replicado en el resto del mundo, principalmente en la cultura de occidente (Whitaker, 2024). El DSM sustituyó a la mayor parte de las clasificaciones nacionales contribuyendo a una homogeneización y universalización de la práctica psiquiátrica (Demazeux y Singy, 2015).

1.3 Las teorías bioquímicas del cerebro

Sin embargo, esta perspectiva que sostiene que las enfermedades se deben a desequilibrios químicos en el cerebro y que los fármacos son los restauradores de dicho desequilibrio, fue en parte deducida a partir de la observación de los efectos que tenían ciertos medicamentos en el organismo, principalmente sobre los neurotransmisores (Whitaker, 2018). No está comprobado que las personas que padecen de trastornos mentales, tengan deficiencia de ciertos neurotransmisores en comparación a personas sanas antes de tomar medicación. Tampoco hay tecnología suficiente como para medir directamente en los humanos los niveles de los neurotransmisores durante la sinapsis, por lo cual la hipótesis se realiza de manera muy indirecta. En 2020, Joanna Moncrieff, Ruth E. Cooper, Tom Stockmann, y col., publicaron el artículo titulado “*The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence*”, con el objetivo de recoger estudios que proporcionen evidencia de la hipótesis de asociación entre la deficiencia de serotonina y la depresión. Concluyeron que no existe evidencia convincente sobre que la depresión esté asociada o causada por bajas concentraciones de serotonina, y que los esfuerzos de investigación que se basan en este supuesto, no han aportado lo suficiente como para fundamentar de una base bioquímica para la depresión, sugiriendo que se asuma que ésta teoría carece de respaldo suficiente como para ser utilizada (2023). Como sostienen varios autores como Moncrieff (2013), Whitaker (2018), Goetsche (2016) y Sismondo (2018), no es más que una hipótesis que aún no está comprobada. Todavía no se conoce la etiología de los trastornos mentales.

Los primeros fármacos fueron creados de forma casual, ninguno de ellos a través de estudios rigurosos del comportamiento cerebral, ni con intenciones directas de ser destinados al tratamiento psiquiátrico (Gøtzsche, 2016). También sucede que, muchas de las patologías que conocemos hoy en día como por ejemplo la depresión, comenzaron a percibirse como problemáticas posteriormente a la salida de los psicofármacos (en este caso los antidepresivos) al mercado. Esto implica una cierta construcción de la naturaleza de los trastornos psiquiátricos, que ha sido influida por la industria (Moncrieff, 2013).

2. Intereses en juego: ciencia, industria farmacéutica y producción de saber

La producción científica no es una actividad neutral, está situada sociohistóricamente. Como se mencionó anteriormente, hubo un quiebre en las formas de producir ciencia a partir del siglo XX. Surgió la tecnociencia como proceso que involucra a la tecnología con lo que la ciencia ponía a disposición del sujeto.

En el campo de los saberes médicos, es en este contexto tecnocientífico y capitalista que surge la biomedicalización. Mientras que la medicalización implica un proceso de ampliar la jurisdicción del saber médico a situaciones que previamente no eran consideradas padecimientos, la biomedicalización implica una expansión del concepto de medicalización, involucrando no sólo el padecimiento, la enfermedad y la rehabilitación, si no la internalización del autocontrol, la vigilancia y la transformación en relación a las patologías ya existentes. Esto quiere decir que la biomedicalización hace foco en la responsabilidad moral e individual que tenemos los seres humanos de hacernos cargo de nuestra salud y del proceso de enfermar (Iriart, 2014). En este sentido, hay una regulación y gestión de los estilos de vida, y de cómo éstos afectan el proceso de salud-enfermedad. Esto ha sido fomentado por el uso de nuevas tecnologías y de los nuevos canales de comunicación propios de la tecnociencia, donde fluye la información sobre la salud de los individuos y los colectivos, y donde los controles de salud se realizan a través de nuevos equipamientos, medicamentos, innovaciones clínicas.

La biomedicalización es un proceso que incide no sólo en las prácticas médicas y en la propia salud de las personas, sino también en la producción de nuevas identidades, individuales y colectivas (Clarke et al, 2003). Este produce nuevas formas de entender la salud, y de entender lo patológico, creando estándares de lo que se considera “normal”, promoviendo un determinado estilo de vida “sano”, y actuando sobre el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Así, se crean herramientas estandarizadas de

evaluación de riesgos, que marcan una línea divisoria entre lo normal y lo “posible patológico”. Esto produce nuevas identidades que se basan en estos riesgos (“población de riesgo”), así como también sucede en la epidemiología y en la genómica. Al expandir todavía más la práctica médica, la biomedicalización hace que ahora no sólo quienes tienen un padecimiento se encuentren bajo la lupa, sino toda la población en general, al ser una práctica cotidiana de autocontrol para la cual no se necesita estar enfermo, y que involucra también una popularización del conocimiento sanitario y médico, a través de las tecnologías de la información como el internet (Clarke et al, 2003).

En el contexto de los trastornos mentales, la biomedicalización juega un papel clave en la amplitud de la jurisdicción de la psiquiatría y los saberes “psi” para dicho campo. Ahora todos los individuos toman acción individual por su salud mental y se “psicoeducan” sobre las formas de evitar una vida que lleve al estrés crónico, o a problemas como la ansiedad, depresión, entre otras. Esto demuestra una propagación del saber biomédico a prácticas cotidianas que no implican necesariamente la presencia de enfermedad, y una tendencia a tecnologías de vigilancia y control. Esto mismo crea además una sensación de que, al estar el problema en el individuo, el malestar es responsabilidad de uno mismo. Sin embargo, esta perspectiva también incide en los procesos diagnósticos y de tratamiento, ya que fomenta la visión biologicista de reducir la patología al plano estrictamente biológico en tanto su origen y tratamiento, fomentando así el uso de psicofármacos como el principal método de “cura” de los trastornos mentales, y obviando las condiciones de existencia del sujeto, y su experiencia subjetiva de enfermedad. También fomenta una normativización del comportamiento humano a través de la utilización de dispositivos como los manuales y tablas de estado de ánimo. De esta manera, el mundo de las patologías mentales queda reducido al plano de lo sintomatológico. En otras palabras, se toman decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento a partir de la observación de síntomas en los sujetos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) nos trae una clasificación para diagnosticar que se basa en la presencia de ciertos síntomas que persisten durante un tiempo determinado, y los psicofármacos brindan un tratamiento que, al afectar las concentraciones de ciertos neurotransmisores en el cerebro, producen otro tipo de efectos que aparentemente indican “una mejora” de la enfermedad. Esto se relaciona con lo que nos trae Moncrieff (2013) sobre los tratamientos farmacológicos, éstos actúan desde un enfoque centrado en la enfermedad. Entendiendo la salud como la ausencia de enfermedad, los fármacos se consideran la solución a los trastornos mentales porque actúan directamente sobre el “mecanismo biológico responsable de los síntomas concretos” (p35). Whitaker (2018) también nos trae la idea de que la teoría del desequilibrio

químico, simplifica de una manera muy vaga la gran complejidad que tiene nuestro sistema nervioso central. Habiendo cien mil millones de neuronas, diversas vías de neurotransmisores, ciento cincuenta billones de sinapsis en nuestro cerebro, esta teoría sostiene que el problema en la depresión es la falta de serotonina que liberan las neuronas serotoninérgicas en la hendidura sináptica, o que algunos de los síntomas de la esquizofrenia como las alucinaciones y voces se deben a una actividad excesiva de las vías dopaminérgicas. En este sentido, Moncrieff et al (2023) recuerdan que tampoco existe un “equilibrio químico ideal” de la serotonina establecido científicamente. Tanto estos autores como Whitaker, coinciden en que es peligroso este razonamiento “ex juvantibus”, es decir, el razonamiento “al revés” para hipotetizar sobre la causalidad de las enfermedades en relación a la respuesta de un organismo enfermo ante un tratamiento farmacológico: el hecho de que el alcohol genere que los niveles de ansiedad bajen en el cuerpo, no quiere decir que la ansiedad es producto de falta de alcohol en el organismo. Esta visión reduccionista promueve la ilusión de un saber médico totalizante, que supone comprender de manera exhaustiva tanto el funcionamiento del cuerpo como los mecanismos patológicos que lo afectan (Laporte, 2024).

Siguiendo con esta línea de pensamiento, Moncrieff (2013) trae otra perspectiva que hace foco en la acción de los psicofármacos. La llama “modelo centrado en el fármaco”, y hace hincapié en que la acción de los fármacos es inducir a estados psicológicos alterados, ya que son considerados psicoactivos que modifican la manera en que pensamos y sentimos. Lo que sostiene esta mirada es que lo que hacen los psicofármacos, lejos de restaurar el equilibrio químico en el cerebro, es sustituir el estado de perturbación del problema mental, por uno inducido por el fármaco. Tanto Moncrieff (2013) como Gotzsche (2016) sostienen que algunos psicofármacos se hacen llamar “anti-psicóticos”, “anti-depresivos”, cuando en realidad no funcionan como un antibiótico que cura las infecciones bacterianas. Éstos no curan la patología, al igual que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) no son “selectivos”. Esto también lo trae el sociólogo Nikolas Rose cuando habla de biopolítica, dice que hay una “molecularización del diagnóstico”, lo que quiere decir que los trastornos mentales son diagnosticados y tratados como reacciones neuroquímicas específicas, y que a partir de eso, se ha creado un mercado de psicofármacos que aparentan ser “específicos” cuando en realidad son pocas las evidencias que avalan la especificidad de estos medicamentos. Estas evidencias se extraen no tanto de las investigaciones sino de las formas en que se estructura la investigación y la metodología que utiliza en los diversos procesos de elaboración de un fármaco como los ensayos clínicos, las solicitudes de aprobación. Por ejemplo: poner atención en la reducción de una puntuación correspondiente a una escala que supuestamente mide la depresión o la

psicosis (Rose, 2012). De hecho, muchos estudios comparativos demuestran que muchos psicofármacos suelen tener la misma acción ante la depresión, que un antidepresivo (que suele ser pensado de forma específica para dicho tratamiento). Los psicofármacos alteran a los neurotransmisores produciendo diversos efectos como el aplanamiento afectivo (la inhibición de ciertas emociones), sedación y relajación, etc. (Moncrieff, 2013 y Gøtzsche, 2016).

Es entonces bajo este contexto que se da el modelo biomédico de la salud, donde acompañado por la biomedicalización también sucede el modelo capitalista. En este sentido, Whitaker afirma que la psiquiatría se encuentra dominada bajo dos influencias: los intereses gremiales y el dinero de las farmacéuticas (Whitaker, 2024). Siguiendo esta idea, Joan Ramón Laporte (2024) nos dice que la industria farmacéutica es uno de los principales inversores de investigación médica, y que por ende es quien determina las prioridades de la investigación, y quien inspira las preguntas que se promueven. De esa manera, el interés está puesto en invertir en campos que puedan dar beneficios, y en generar conocimientos que promuevan el uso de los fármacos, dejando de lado el interés por la salud de los pacientes. También ha inspirado las legislaciones y las normas de la regulación y el consumo de medicación. Los fármacos tienen una dimensión científica y médica pero también comercial, económica, política, sociológica y antropológica. Sergio Sismondo, profesor de filosofía e investigador de la ciencia y la tecnología, en uno de sus libros titulado *"Ghosted Managed Medicine"*, aborda la idea del conocimiento como una mercancía, que es creado y distribuido por determinadas estructuras de poder, y que además requiere de mucha infraestructura y mano de obra calificada para sea valioso. Es decir, que para que una afirmación se convierta en un hecho, debe ser retomada por determinados actores o líderes de opinión, y debe integrarse en la estructura de lo que hacen y dicen (2018). Siguiendo esta idea, Sismondo dice que las compañías farmacéuticas son quienes gestionan la información y dirigen a esos líderes de opinión clave que difunden las investigaciones realizadas como autores y difusores de las mismas. Pero su mayor secreto es que lo hacen silenciosamente. Las farmacéuticas tienen una "gestión fantasma" sobre las investigaciones y el conocimiento, para que el marketing farmacéutico funcione mejor. Además, las empresas invierten mucho dinero en promocionar tanto los fármacos como las enfermedades asociadas a los mismos. Muchas de las empresas creadoras de los ISRS como el Prozac o Fluoxetina, han invertido mucho en investigación relacionada a la deficiencia de serotonina en la depresión, además de patrocinar campañas de educación sobre la depresión y contra los estigmas de la enfermedad. Relacionado a lo que menciona Clarke sobre los procesos de la tecnociencia, también se puede observar como muchas veces las empresas también fomentan el autodiagnóstico en los pacientes, ayudándolos a

identificar en sí mismos ciertos comportamientos o experiencias que puedan entenderse como síntomas de la enfermedad, muchas veces a través de publicidad o tablas del estado de ánimo (Sismondo, 2018).

En Estados Unidos, una de las organizaciones referentes de la psiquiatría es la Asociación de Psiquiatría Americana (APA). Ésta es la principal organización profesional de psiquiatras en el país, y una de las más influyentes a nivel mundial. Fundada en 1844, su misión es promover el avance de la psiquiatría como disciplina médica, mejorar la atención a la salud mental y fomentar la investigación, la educación y la formulación de políticas públicas en el área. Es ampliamente reconocida por la publicación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), una herramienta de referencia clave para el diagnóstico clínico, la investigación y la formación en salud mental (APA, s.f). Desde hace décadas, la APA se ha enfrentado a peligros éticos, debido a sus relaciones financieras directas con las empresas farmacéuticas. Desde la publicación del DSM tercera edición (DSM III), la APA adoptó un nuevo “modelo de enfermedad” basado en el modelo biologicista mencionado anteriormente de entender a los trastornos mentales como enfermedades cerebrales, y puso en marcha un plan para la promoción de su nuevo modelo y mejorar la imagen de la psiquiatría. Esto provocó que la industria farmacéutica se viera interesada en aumentar sus relaciones con la APA, al ver que los fármacos podrían ser el tratamiento de primera línea de los trastornos descritos en el manual ampliando así su mercado (Whitaker, 2024). Desde el lanzamiento del DSM III en 1980, el gasto en psicofármacos en Estados Unidos pasó de los 800 millones de dólares en 1985, a más de 40 mil millones de dólares en 2011, demostrando una drástica expansión de la prescripción de medicación para los trastornos mentales (Whitaker, 2024). El uso de antipsicóticos se ha duplicado en la población adulta, y multiplicado por ocho en niños, en un período de once años (Gøtzsche, 2016). La APA ha motivado a las empresas farmacéuticas a apoyar las actividades científicas y culturales, y autorizó a que patrocinaran sus eventos en las revistas de la APA, además de contar en ellas con espacios de publicidad. También financian simposios y eventos, donde los psiquiatras pueden ir a escuchar hablar de las maravillas de los fármacos, y volver a sus casas con regalos y experiencias de lujo. La actividad anual organizada por la APA y financiada por las industrias, se volvió una de las más rentables, con ingresos que se triplicaban cada década. Además de las conferencias y simposios, la APA organizó varios talleres formativos para psiquiatras financiados por la industria, donde les enseñan a manejar los medios de comunicación y a conseguir que la psiquiatría tenga más influencias en el campo de la medicina. La APA afirma que la financiación y el apoyo de la industria ha sido fundamental para mejorar la imagen de la psiquiatría ante la medicina y la población (Whitaker, 2024). La decisión de la APA de promover este enfoque podría ser pensada

como bastante arriesgada, dada la libertad con la que las empresas farmacéuticas ahora comercializan sus fármacos, al contar con un organismo científico importante que respalde y promueva el uso de su medicación.

Desde entonces, las empresas farmacéuticas han sido grandes responsables en difundir la teoría del desequilibrio químico de los trastornos mentales, que puede ser corregido con fármacos (Moncrieff, 2013). Simultáneamente al DSM III, en 1980 se aprobó la nueva “Ley Bayh-Dole”, donde los investigadores académicos que habían realizado descubrimientos financiados por los institutos nacionales de salud, podían conceder licencias de dichos descubrimientos a empresas farmacéuticas y cobrar derechos de autor. Esto fue visto como una oportunidad para la industria, ya que de esta manera lograron ampliar sus vínculos y llegar a los médicos académicos, quienes eran contratados no sólo para ser ponentes en sus eventos, si no también como asesores, consultores, y actores clave en los procesos de elaboración de los fármacos. Esto fue clave para promover una mejor imagen dentro del campo de la medicina; las charlas eran dirigidas de médicos para médicos (Whitaker, 2024). De esta forma, la industria poco a poco ha ido impregnando con su presencia en todos los rincones de la psiquiatría. Cada vez más influyentes de la psiquiatría tenían vínculos con la industria, desde autores y editores de textos y revistas de psiquiatría, hasta autores de guías de prácticas clínicas, creadores de criterios diagnósticos y directores y referentes de departamentos de medicina de las universidades. Para la creación del DSM-IV en 1990, el 57% de los miembros del grupo de trabajo manifestaban tener vínculos con la industria, mientras que para la quinta edición del DSM (V) quince años más tarde, el 69% declararon recibir fondos de la industria (Whitaker, 2024). Allen Frances (2014), uno de los líderes de la creación del DSM-IV, señala en su libro “¿Somos todos enfermos mentales?” los grandes beneficios que ha adquirido la industria una vez que se sostuvo la teoría de que los trastornos mentales son de origen biológico, y dice que la industria es una de las más rentables mundialmente, con ventas superiores a los 700 mil millones de dólares anuales. También afirma que la industria invierte el doble de dinero para publicidad y promoción, que para investigación, y que suele financiar investigaciones cuyos procedimientos no cumplen con las condiciones de fiabilidad y validez. En estas líneas, Sismondo afirma que las farmacéuticas contratan empresas que ofrecen servicios de investigación clínica, empresas de comunicación que ofrecen asesoría en redacción de informes, artículos científicos, planes de publicación de publicidad, planificación de marketing, etc. (Sismondo, 2018)

En relación a las agencias reguladoras de los fármacos, o sea, aquellos entes que se encargan de asegurarse que los ensayos clínicos de los medicamentos que elaboran las farmacéuticas cumplan con todos los requisitos de seguridad y eficacia para ser lanzados al

mercado, muchas de ellas son financiadas por las propias empresas a las que deben fiscalizar, a través de las tasas que pagan las industrias durante el procedimiento. También muchos integrantes de reguladoras como la FDA en Estados Unidos o la Agencia europea de medicina (EMA), han renunciado a sus puestos de trabajo para pasar a integrar altos comités de dirección y regulación en las farmacéuticas, mayoritariamente para asesorar a las empresas de cómo evitar trabas y restricciones en los procesos regulatorios. Esto fomenta los conflictos de interés entre quienes regulan y quienes son regulados, siendo perjudicial para la salud pública (Laporte, 2024).

Otro de los asuntos que preocupa sobre las farmacéuticas es la publicación selectiva de los resultados. Los ensayos clínicos deben ser registrados públicamente antes de sumar a los participantes, a fines de evitar la manipulación de la información. Sin embargo, muchos de los resultados de los ensayos clínicos que no son favorables, no son publicados. Un ejemplo de esto es el caso de la sertralina (Zoloft), que de 5 ensayos clínicos que fueron controlados con placebo, solo dos de ellos fueron publicados: el único que había dado un resultado favorable al uso de fármaco, y otro ensayo negativo que fue publicado como positivo. Los tres ensayos restantes que dieron resultados negativos no figuran (Laporte, 2024). En el 2008, la FDA tenía 74 ensayos clínicos archivados sobre ISRS para la depresión. Sólo 38 de ellos tenían resultados favorables. Los ensayos que se publicaron fueron 37 de los positivos, o sea un 94% de los mismos, y sólo 3 de los que tenían resultados negativos, un 12.5% de los mismos (Laporte, 2024). En relación a los estudios observacionales, a diferencia de los ensayos clínicos, pueden ser registrados luego de haber visto los resultados que saldrán, siendo imposible determinar que tan examinado ha sido un problema, y si se publican exclusivamente los resultados positivos ante los negativos (Laporte, 2024).

Esto evidencia que la ciencia no es una actividad neutral, y demuestra además la incidencia de las empresas farmacéuticas en los procesos de tratamiento que se promueven en el campo de la psiquiatría. Nikolas Rose dice que la psiquiatría es dominada en gran parte por los desarrollos psicofarmacológicos de las empresas farmacéuticas, y que, al ser éstas actualmente las que pueden aportar el capital de riesgo que se necesita para el desarrollo de los psicofármacos, terminan definiendo los patrones del pensamiento psiquiátrico (2012). Según Whitaker: “Lo que distingue a la psiquiatría de otras disciplinas médicas, es que no dispone de marcadores biológicos para sus afecciones, lo que significa que es más vulnerable a las influencias comerciales a la hora de tomar decisiones sobre los criterios diagnósticos” (Whitaker, 2024, p 209).

3. El DSM

El Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, creado por la Asociación de Psiquiatría Americana, es actualmente uno de los libros más influyentes en las prácticas médicas y no médicas orientadas a la salud mental. Este manual funciona como guía para el diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales. Tiene un enfoque categórico descriptivo, y dice ser atóxico. Su última versión publicada en el año 2013, el DSM-V, es la que se encuentra con mayor vigencia en este momento.

Frances (2014), Whitaker (2024) y Gotzsche (2016) coinciden en que hay una “inflación diagnóstica” y una sobremedicalización, producto de criterios diagnósticos cada vez más amplios y más imprecisos en el DSM. Por ejemplo, ¿qué es precisamente “ansiedad excesiva”? ¿Cuándo ésta pasa a ser entendida como excesiva? También hay criterios que son redundantes: en el diagnóstico del TDAH, “dificultad para mantener la atención” y “distraerse fácilmente” aparecen como criterios distintos (Demazeux y Singy, 2015). A esto, Allen Frances le llama también “modas psiquiátricas”, y confiesa que aparecen cuando hay una autoridad poderosa que las legitima, siendo el DSM y sus creadores una de ellas (Frances, 2014).

Gotzsche (2016) critica el DSM, deteniéndose en ciertos aspectos de la definición de trastorno mental que dispone el DSM-IV:

En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (p XXI)

Dice que es muy amplia y maleable, con múltiples lecturas y entendimientos de los diferentes grados del fenómeno, y que es muy ambigua, siendo algo muy complejo para la práctica psiquiátrica independiente cuando el médico debe evaluar si la persona padece o no de un trastorno mental, y de qué tipo (Gotzsche, 2016). Muchos otros autores coinciden

con esta mirada que plantea Gotzsche sobre la ambigüedad de los criterios diagnósticos de las diversas versiones del manual. Incluso el propio organizador del DSM III, Robert Spitzer, hace un tiempo admitió que lo que había introducido en el manual tuvo desagradables consecuencias. Frances, autor del DSM -IV, en uno de sus libros dijo que uno de los grandes problemas del manual era la libertad que le otorgaba a los médicos, lo que provocaba una gran expansión de los criterios diagnósticos. También mencionó en que el DSM-IV contribuyó enormemente a crear tres falsas epidemias debido a la amplitud de sus criterios diagnósticos: la del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad, la del Trastorno del espectro Autista, y la del Trastorno Bipolar Infantil (2014). Algo que también destaca Gotzsche, es que el DSM es un manual de consenso entre varios profesionales, y que por ende, los criterios tienen poco rigor científico, considerando que una verdadera disciplina no decide sobre la naturaleza de un fenómeno por medio de debates y votaciones, con intereses individuales y con el aporte económico de las empresas farmacéuticas (2016). Este fue el caso de uno de los tan discutidos diagnósticos de homosexualidad. El DSM II había nombrado a la homosexualidad como “desviación sexual”, y durante la creación del DSM III, hubieron muchas discusiones de si incluir a la homosexualidad como trastorno mental o no. Esto se hizo a través de deliberadas discusiones, aunque finalmente, como no pudieron llegar a un acuerdo, se derivó la decisión a los miembros de la APA, quienes a través de un referéndum en 1974 decidieron quitarlo (Shorter, 1997).

Otra de las grandes preocupaciones hoy en día de muchos profesionales que mantienen una postura crítica a la funcionalidad del DSM, es la de su lenguaje genérico. En la descripción de los criterios diagnósticos para los trastornos, aparecen palabras como “frecuentemente”, “tiende a...”, “a menudo”, dejando a criterio del médico qué quiere decir “a menudo”. En el DSM-V (última versión del manual), se define trastornos mentales como “*Habitualmente* (...) asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (APA, 2014, p.20). Se argumenta que esto contribuye a lo que menciona Frances sobre la excesiva libertad otorgada a los médicos, y a la inflación diagnóstica de la que tanto se habla. El psiquiatra tampoco se quedó atrás en criticar la última versión del manual. Frances dice que el DSM-V tiene graves fallos como eliminar la exclusión por duelo para el caso del Trastorno depresivo mayor, desafiando el sentido común y apostando al tratamiento de personas que no lo necesitan y provocando negligencia con quienes sí están graves, al hacer uso inadecuado de los recursos de salud mental (Frances, 2022). También admite que el DSM ha contribuido a tratar problemas de la vida cotidiana que antes eran tolerados como trastornos mentales (Frances, 2014).

El DSM es considerado “ateórico” por sus creadores, ya que supone no estar tomando partida por ninguna teoría específica para explicar el origen de los trastornos mentales, es decir, no aborda en el manual las causas ni la evolución de las enfermedades, sino como se presentan. Sin embargo, muchos autores destacan que el DSM tiene consecuencias epistemológicas, ya que en realidad sí está tomando postura por un tipo de psiquiatría que es la psiquiatría médica, que como vimos anteriormente, propone como hipótesis que los trastornos mentales son de índole biológica y genética, y que por lo tanto deben ser tratados como enfermedades (Demazeux y Singy, 2015). Esto es, porque como aparece en el capítulo 1, desde los orígenes del manual, se propuso una forma de abordaje inspirada en la clasificación neo-krapeliana de los trastornos mentales.

Jonathan Y. Tsou (2015), en el libro *“The DSM-V in perspective...”*, menciona las grandes desventajas que tiene el DSM para el trabajo con los pacientes al ser su enfoque meramente descriptivo. Si bien puede ser una herramienta que facilite un “lenguaje común” entre los profesionales de la salud, a nivel de investigación no es de gran utilidad, ya que es difícil probar las categorías diagnósticas. Esto es, porque estas categorías se definen en función de aspectos conductuales, y no en función de principios. Tampoco brinda herramientas para decisiones importantes sobre el tratamiento, más allá del propio conocimiento de los clínicos a raíz de su experiencia. Pero además, el diagnóstico no proporciona una explicación causal del comportamiento, sino que tiende a presentarse como una explicación científica cuando en realidad recurre a una forma circular de razonamiento. Por ejemplo, al decir que un niño no presta atención porque tiene TDAH y que tiene TDAH porque no presta atención, se cae en una tautología que no aporta una verdadera comprensión del problema (S.A. Kirk et al, 2015).

Este enfoque descriptivo, se pone en relieve a través de listas con criterios explícitos para el diagnóstico en todas las ediciones del manual. Esto se hizo buscando mejorar el problema de la confiabilidad, es decir, de lograr que el DSM mida de forma consistente y precisa lo que pretende medir. Durante el armado del DSM-5 en 2012, justo antes de la publicación de los datos de fiabilidad en la reunión anual de la APA, se emitió una declaración argumentando que los estándares de confiabilidad para el mismo deberían ser más bajos que los establecidos para el DSM-3. Siguiendo la medida de puntuación Kappa, que se utilizó para evaluar la confiabilidad del DSM-5 determinando cuánto coinciden los clínicos en el diagnóstico utilizando el manual como herramienta, se demostró que fueron pocas las categorías que obtuvieron una puntuación kappa superior a 0.50 (considerado un nivel de acuerdo entre aceptable y moderado). Muchos de los diagnósticos más populares, como el Trastorno depresivo mayor, obtuvieron puntajes entre 0.20 y 0.30 (considerados niveles de

acuerdo que van de leve a aceptables). Si el manual no cuenta con criterios diagnósticos que sean fiables, entonces no puede ser considerado un manual de clasificación científica (Demazeux y Singy, 2015).

3.1 La normalidad como horizonte: el DSM y la construcción de un sujeto homogéneo

El modelo de normalidad que nos trae el DSM es una materialización del modelo biologicista que promueven la APA y la industria farmacéutica. Este ofrece una visión de normalidad muy restringida donde no hay lugar para las emociones intensas y dolorosas, y cuando aparecen se convierten en síntoma de una enfermedad de la mente (Whitaker, 2024). Este tipo de prácticas fomentan la idea de felicidad como la ausencia del sufrimiento humano, percibiendo emociones displacenteras cotidianas como el estrés, la ansiedad, la tristeza y el enojo como patológicas, rechazando así la naturaleza emocional del ser humano. También fomentan una visión que tiende a homogeneizar a los seres humanos cada vez más, y a percibir la diferencia como algo anormal y patológico. En el DSM hay muchos síntomas que se repiten para una gran cantidad de trastornos, como el insomnio, falta de apetito, o disminución del interés en la actividad sexual. La cuestión es si verdaderamente estos comportamientos constituyen síntomas que forman parte de una categoría conceptual de trastorno mental, o si estos “síntomas” no se explican mejor como parte de las variaciones humanas comunes dados los diversos contextos sociales, los patrones de aprendizaje, las motivaciones personales, y todo lo relacionado a las ciencias sociales y no a las ciencias médicas (Demazeux y Singy, 2015, p 91).

Un ejemplo de esto es la reflexión que nos trae Whitaker de cómo se ha patologizado la infancia desde la publicación del DSM-III. Él plantea que antes eran pocos los niños y adolescentes que llevaban un diagnóstico psiquiátrico, pues se consideraba importante tener en cuenta los diferentes momentos evolutivos de los niños, y que hay comportamientos que tienen que ver con su naturaleza inquieta y curiosa por lo que les rodea. En términos cognitivos, un niño o adolescente no alcanza la maduración del lóbulo frontal hasta los 19 años aproximadamente, órgano encargado de la racionalidad e involucrado en la toma de decisiones. Pero desde la publicación del DSM-III y las versiones posteriores se ha promovido un marco de evaluación diferente sobre los comportamientos y temperamentos de los niños y adolescentes. Ahora quienes son rebeldes en la escuela o se aburren por estar sentados todo el día y se distraen o molestan, pueden ser diagnosticados por “trastorno negativista desafiante”, o “trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)”. Así como al adolescente que experimenta las emociones de forma muy intensa se le puede diagnosticar de “trastorno depresivo mayor”, o “trastorno de ansiedad generalizado”, entre otros. Estos diagnósticos conducen en la mayoría de los casos a un

tratamiento con psicofármacos, y estudios que realizó el NIMH sobre los efectos de los estimulantes a largo plazo en niños, muestran que no sólo que no les ayuda a mejorar, sino que provocan efectos contraproducentes como una gran inestabilidad en el estado de ánimo que puede conducir a un trastorno bipolar. Sin embargo, estos datos nunca fueron promovidos por la APA (Whitaker, 2024).

4. Del diagnóstico al estigma: impactos en la vida cotidiana de los usuarios de salud mental

Hasta ahora se han desarrollado algunas de las características que hacen a la perspectiva biológica de los trastornos mentales, pero sin pensar en qué consecuencias puede tener la reproducción de este modelo en el campo de la salud en general, y la salud mental en particular.

Nikolas Rose, en sus estudios sobre la biopolítica, plantea la noción de “yo neuroquímico”, a modo de demostrar cómo los psicofármacos, que son el tratamiento por excelencia que promueve esta perspectiva, son más que simples medicamentos para la “cura”. En realidad lo que hacen es modificar la manera en que los humanos experimentan y viven la vida, por lo tanto tienen biovalor. Esta noción hace referencia a un determinado entendimiento del “yo”, que implica: “Recodificar variaciones en el humor, las emociones, los deseos y los pensamientos en términos del funcionamiento de las sustancias químicas presentes en el cerebro, y a actuar sobre sí mismos a la luz de esa nueva codificación”. (Rose, 2012, p 434)

Esto quiere decir que, además de entender los trastornos mentales como disfunciones cerebrales, la perspectiva biológica trasciende los límites de la enfermedad, y promueve una perspectiva donde el ser humano se piensa a sí mismo en función de sus neuronas, las sinapsis, los receptores, membranas, etc. (Rose, 2012).

Como se desarrolla en el capítulo 2, la biomedicalización produce sujetos a través de sus tecnologías, discursos, prácticas, objetos, que implican una mirada e intervención en clave biomédica, que opera sobre el cuerpo y sobre los pensamientos de una forma determinada (Geneyiro et al, 2022). En este sentido, estas tecnologías psiquiátricas, que operan sobre las enfermedades mentales, producen efectos subjetivantes, y pueden ser pensadas como tecnologías de poder. Los psicofármacos intervienen en los cuerpos para la regulación de determinadas expresiones vitales, convirtiéndose en una gran herramienta de gobierno de los sujetos (Geneyiro et al, 2022).

Pero principalmente, estas tecnologías tienen un impacto como tecnología de autogobierno, donde el sujeto busca comprenderse a sí mismo todo el tiempo en términos neuroquímicos, en alianza con los profesionales de la salud, y recurriendo al empleo de productos farmacéuticos para tomar el control sobre esas “disfunciones” y así “recuperar su yo” y maximizar su potencial (Rose, 2012). Esta idea también la desarrolla Robert Whitaker, cuando menciona que la APA y las empresas farmacéuticas incitan a la población a estar siempre alerta ante signos de disfuncionalidad o ante cualquier anormalidad. Entonces el “yo” se prepara para preguntarse todo el tiempo a sí mismo “¿qué me pasa?” “¿estoy ansioso?” “¿estoy deprimido?” “¿Por qué no puedo concentrarme?” (Whitaker, 2024).

De esta manera, la psiquiatría biológica le está diciendo al sujeto que el problema está en sí mismo, es decir, en su biología, y la solución está fuera de sí, o sea, en la medicación. Cuando esto sucede, el individuo pasa a ser un potencial objeto de observación, evaluación, y eventual confinamiento y segregación (Esperanza, 2011). En un estudio de investigación cualitativa sobre subjetividades farmacológicas que tuvo lugar en la ciudad de Montevideo, se realizó un análisis de las significaciones del consumo de psicofármacos ansiolíticos a través de relatos de una de las participantes de la investigación. Para el estudio se entrevistaron a 36 varones y 37 mujeres, comprendidos en un rango etario de 18 a 70 años del sistema de salud, tanto público como privado. Lucía es una mujer de 28 años en tratamiento con antidepresivos y benzodiacepinas desde hace tres años. Su consumo de psicofármacos se desarrolló en dos etapas, durante su casamiento y posterior separación. En los siguientes relatos que se extraen de una conversación con ella, se pueden visibilizar algunos aspectos interesantes para analizar:

Porque acá en Uruguay creo que no está muy actualizado el tema de la depresión. Porque yo he visto en Internet que la depresión se detecta a través de una simple placa que te hacen en el cerebro, no sé en qué país ni nada, pero he leído mucho en Internet de esas cosas, de que la falta de serotonina que te... del cerebro, que eso es algo que el cuerpo mismo lo fabrica, pero si te falta, te hace ser infeliz. (Bielli et al., 2023, p. 121)

Acá se puede reflejar cómo el discurso biomédico se apropia del entendimiento que tiene Lucía sobre su padecimiento. Bielli et al. (2023) afirman que los procesos de farmaceutización actúan en los procesos de subjetivación, siendo una de las consecuencias la suposición de que el enfoque biológico de la salud mental introduce a un sujeto alejado de sus nociones psicológicas, somáticas y sociales. En el caso de Lucía, ese diálogo surge a partir de una conversación que tuvo con su psiquiatra, donde le proporcionó a ella una versión biologizada de su sufrimiento, que es aceptada y sostenida por Lucía, al

punto de creer que es una respuesta acabada y que le otorga un completo entendimiento de sí.

“Hay gente que te dice “ay, no, vas a estar dependiendo de una pastilla para vivir”. Pero y bueno, si tengo que vivir dependiendo de la pastilla, y bueno. ¿Qué voy a hacer? No me queda otra” (Bielli et al., 2023, p. 122). Este fragmento expresa lo que sucede cuando se individualiza el problema, cuando simplemente pasa a considerarse como dentro de uno mismo: fomenta la idea de que la capacidad de acción que uno tiene con su propio malestar es nula, y que entonces la solución pasa principalmente por el consumo de psicofármacos (Gotzsche, 2016). Si mi depresión se debe a falta de serotonina en el cerebro y por lo tanto es un problema médico, entonces lo que me va a curar este problema va a ser el consumo de algún antidepresivo para restaurar nuevamente la química cerebral. La persona difícilmente pueda plantearse otra forma de tratamiento como la psicoterapia, hacer ejercicio, establecer una rutina fija, o tener actividades recreativas.

Asumir que la salud mental es responsabilidad individual, y que los trastornos mentales son responsabilidad de la medicina, tiene además otra consecuencia: la de creer que éstos deben estar en manos exclusivamente del saber médico, y que son quienes pueden y deben hablar de salud mental. Joanna Moncrieff (2013) habla de esto trayendo la responsabilidad de los gobiernos con respecto a la salud mental y su interés por promover la perspectiva biomédica de los mismos. Decir que los trastornos mentales son problemas exclusivamente médicos es una forma de simplificar algo que es mucho más complejo. Es invisibilizar los problemas sociales y estructurales que atraviesan a los problemas psiquiátricos como la pobreza, la negligencia, la violencia intrafamiliar, la desigualdad, el racismo, la xenofobia, la violencia de género, la homofobia, el abandono, entre otros; problemas que toda sociedad enfrenta, y que afectan a la salud mental de quienes los padecen. Reducir esa complejidad a un simple problema médico puede ser muy pertinente para los estados, que son quienes deberían asumir la responsabilidad de generar políticas públicas de prevención y promoción de la salud, y garantizar una vida digna para toda la población (Moncrieff, 2013). Una vida digna no es sólo cobertura médica, acceso a una vivienda, sanidad, a la educación y al trabajo, sino también el derecho a vivir en familia, a bienes culturales, a la libre expresión, a la creación artística, al deporte, a la ciencia, a un medioambiente sano, entre otros. Hablar de trastorno mental fomenta además el dualismo mente/cuerpo, que separa los trastornos físicos de los mentales, ignorando lo que nos trae el avance científico de cómo en realidad ambos están entrelazados, y que cuando se aborda una enfermedad física desde la medicina, deberían tenerse en cuenta factores que hacen a la salud mental, y viceversa (Esperanza, 2011).

La vía farmacológica se plantea muchas veces como un tratamiento que resulta ser rápido y económico en comparación a otros que llevarían más tiempo y dinero (como la psicoterapia), situados en el modo de organización social contemporáneo, donde la vida tiene otros ritmos, y se valora cada vez más lo eficiente en términos de tiempo, dinero y resultados. Sin embargo, como vimos anteriormente, no resulta ser una solución ni económica ni rápida, sino que, por el contrario, suele tener riesgos para la salud de sus usuarios, y son medicamentos que generalmente tienen grandes costos, y suelen ser de uso prolongado (Bielli et al, 2023). Traeré a continuación algunos ejemplos de efectos adversos de psicofármacos que ilustra Peter Gotzsche en uno de sus libros.

Uno de los ejemplos que trae de un ISRS es el caso de la Fluoxetina. Éste fármaco, fue uno de los que obtuvo más quejas por efectos secundarios en los Estados Unidos. Durante sus primeros 9 años en el mercado, la FDA recibió 39 mil informes adversos que incluían centenares de suicidios, convulsiones, alteración del pensamiento, amnesia, disfunción sexual, crímenes, psicosis y confusión relacionados a la ingesta de la medicación. (Gotsche, 2016). Otro de los casos, que sucedió en Sídney, Australia, fue una investigación que se llevó a cabo con 10 pacientes en un consultorio de psiquiatría forense, tras la ingesta de antidepresivos en pacientes que presentaban mutaciones en sus genes CYP450 que modificaban el metabolismo de los fármacos. Previo al consumo, ninguno de ellos presentaba antecedentes de enfermedades psiquiátricas, ni habían tenido ningún comportamiento o actitud violenta. Algunos de ellos también consumían otras sustancias, como otros fármacos, y en algunos casos marihuana. A continuación se ilustrarán algunos de los 10 casos que se abordaron: Varón. 50 años, consumo de venlafaxina por estrés causado por su divorcio. Mató a dos personas a disparos 4 días después de dejar el tratamiento. Mujer de 35 años, consumo de nortriptilina por estrés debido a problemas de alcoholismo en su marido. Mató a su hija adolescente durante un delirio por intoxicación a los 3 días de tratamiento. Mujer de 26 años, consumo de varios ISRS por problemas con su familia política. Tuvo dos intentos de asesinato a sus dos hijos. Varón de 16 años, consumo de sertralina y fluoxetina por estado de depresión, por separación con su novia. Intentos de autoeliminación con los fármacos, y mató a su psiquiatra en el hospital tras 11 semanas de tratamiento. Todos los casos sufrieron de acatisia¹, y el hecho más importante de este caso es que una vez que todos dejaron el consumo de antidepresivos y luego de sus actos violentos, volvieron a su personalidad y estado de ánimo anterior (Gotsche, 2016).

En 2001, la antigua compañía farmacéutica británica SmithKline Beecham fue declarada culpable de muertes causadas por antidepresivos por un jurado estadounidense. Esto se

¹ Acatisia: trastorno neurológico caracterizado por una sensación interna de inquietud extrema y una necesidad imperiosa de moverse.

desató a raíz del caso de un hombre de 60 años, Donald Schell, que a 48 horas de haber comenzado con el tratamiento con paroxetina, mató a su mujer, a su hija y a su nieta con disparos, y luego se suicidó. Esto se acompañó de documentos “clasificados” de la compañía que daban cuenta del conocimiento que tenían de que la medicación podía causar efectos secundarios en forma de suicidio, violencia o agresión en ciertas personas. Estos documentos eran resultados de pruebas que se habían realizado con más de 2000 personas sanas, algunas eran población placebo y otras consumían el fármaco. Algunos de quienes tomaron paroxetina sufrieron pesadillas, estados de ansiedad, alucinaciones, y otros efectos a partir del segundo día de tratamiento. Dos de esos voluntarios tuvieron intentos de autoeliminación a los 11 y 18 días de comenzar el tratamiento (Gotzsche, 2016).

Estos son solo unos pocos de los cientos y cientos de casos que plantean efectos secundarios en psicofármacos, haciendo evidente la responsabilidad que conlleva para el profesional hacer uso de ellos en el tratamiento con los pacientes.

Ahora bien, las consecuencias de los diagnósticos a nivel subjetivo, impactan también en las dinámicas identitarias y vinculares que se establecen entre el sujeto y su entorno.

Las enfermedades mentales, históricamente, han sido objeto de discriminación y segregación en las sociedades de occidente, siendo esto reconocido en la historia de la psiquiatría. La perspectiva de esta psiquiatría biológica de considerar a los trastornos mentales como causas de desequilibrios químicos, pretende acabar con el estigma asociado a su padecimiento. Sin embargo, muchos trabajos académicos reafirman que, lejos de naturalizar los trastornos mentales, partir de la base de que son causantes biológicas los estigmatiza aún más (Goffman, 1970).

Siguiendo los aportes de Ervin Goffman (1970), las sociedades categorizan a las personas en relación a sus atributos, a cómo estos son percibidos. Hay ciertos atributos que son incongruentes con la idea que socialmente se construye de cómo deben ser los sujetos. Él habla de “estigma” para referirse a un atributo que es “desacreditador”, es decir, a un atributo que vuelve a una persona a su vez diferente al resto y menospreciable. Él menciona por un lado la “identidad social”, que se construye en la interacción con los demás y refiere a aquellas características que la sociedad le asigna a un sujeto, y por otro, la “identidad personal”, que tiene que ver con cómo el sujeto se percibe a sí mismo, que también es influenciada por la identidad social. El estigma para Goffman, se produce en la identidad social, y deja marcas en la identidad personal.

En este sentido, cuando se promueve la visión de que las enfermedades mentales son de origen biológico y el problema comienza a verse como algo más “estructural” del individuo, los diagnósticos comienzan a operar como una etiqueta que define al sujeto, y no como una etapa o situación en la que éste se encuentra. Generalmente, esa etiqueta produce una estigmatización del diagnóstico, en términos de Goffman, la transformación del diagnóstico en un atributo incongruente, o sea, en un estigma, que puede potencialmente desacreditar a un individuo, y consecuentemente ser excluido o rechazado socialmente (Goffman, 1970).

Esta etiqueta que define a la persona en función de su diagnóstico, produce efectos graves como la auto-estigmatización. Esto quiere decir que hay una internalización por parte del sujeto sobre aspectos de su persona que han sido estigmatizados. Según Tapia, F. et al, (2015) esta es una de las peores formas de manifestación del estigma, llevando al sujeto a una desvalorización de sí mismo, y a problemas de autoestima, autoeficacia, y a un agravamiento de los síntomas, acompañado de sentimientos de inferioridad, vergüenza y humillación. El problema que se plantea aquí no es sobre la existencia de los diagnósticos o los sistemas clasificatorios, por el contrario, es importante reconocer que estos pueden ser de gran ayuda para definir políticas globales que faciliten los procesos de intervención, al igual que lograr un lenguaje común entre los profesionales de la salud, y mejorar las herramientas para el abordaje. El problema está en cómo los diagnósticos suelen utilizarse usualmente en los servicios de salud, en formatos de etiqueta, cuando esa clasificación logra convertirse en un estatuto que representa la realidad, por fuera de sus condiciones de producción. Esto promueve un desplazamiento, es decir una sustitución del sujeto por su enfermedad, donde Juan pasa a ser “el autista” o “el que tiene TDAH”. Entonces, si se termina desconociendo el sufrimiento psíquico de Juan, se desconoce su cualidad de persona. Él, antes de su etiqueta, podía ser una persona con una historia que contar, y con importantes roles que formaban parte de su identidad (hijo, amigo, hermano, etc.). Ahora Juan pasa a ser puesto en un lugar del cual es muy difícil escapar, ya que su comportamiento pasa a ser interpretado por su entorno desde esa etiqueta (Fernández, 2017). Cuando una situación compleja como un niño que tiene dificultades para permanecer tranquilo en clase, que no logra seguir los contenidos, que no tiene espacio e interés por aprender, se reduce a una mirada de síntomas presentes o ausentes y se brinda una explicación lineal de una situación que implica un malestar para un niño y su entorno, se está haciendo lo que muchos autores llaman “patologización de la vida cotidiana”. En otras palabras, se está tratando como patología una situación que refleja actitudes, pensamientos y comportamientos propios de la naturaleza humana (Fernández, 2017).

Según Peter Gotzsche (2016), una revisión de 33 estudios sistemáticos demuestran que el modelo biológico de los trastornos mentales aumenta la estigmatización y la discriminación hacia los usuarios de salud mental, ya que al atribuir sus problemas a factores biogenéticos, hacen crecer la percepción de peligro y temor ante estos sujetos que parecen ser “impredecibles”, provocando así menor empatía y una gran exclusión social. Los usuarios mencionan que la discriminación es mucho más inhabilitante que la enfermedad en sí.

Alejandro Magallares, profesor de la Universidad Nacional de Educación a Distancia de España, en uno de sus trabajos sobre el estigma en los trastornos mentales menciona que, quienes padecen de un diagnóstico, sufren de discriminación en el contexto laboral, en las relaciones interpersonales, en el área de los servicios de salud, y en los medios de comunicación (2011). Al igual que lo que trae Gotzsche, plantea que existe una idea de que quienes padecen de trastornos mentales son propicios a tener ataques violentos. Este estereotipo funciona como una gran barrera a la hora de conseguir o permanecer en un trabajo. Asimismo, tienen menos probabilidad de ser contratados, debido a que muchas veces el empleador cree que el sujeto puede ausentarse del trabajo, además de ser peligroso e impredecible. También sufren consecuencias en el contexto propio de trabajo, que repercuten en su rendimiento y bienestar laboral. No se les adjudica las mismas responsabilidades que a alguien “sano”, perciben actitudes de discriminación por parte de sus compañeros (comentarios y actitudes negativas, sarcásticas y prejuiciosas), sufren de control y supervisión gran parte del tiempo, y se suelen atribuir muchas de sus fallas a su enfermedad.

En el ámbito social y familiar, también perciben el estigma. Dentro de las investigaciones que toma el autor, se le ha preguntado a la gente si estaría o viviría cerca de una persona con una enfermedad mental, y la mayoría responde que preferiría no estarlo, ya que creen que podrían ser víctimas de ataques físicos o de comportamientos agresivos de su parte. Suelen además sentirse como una carga en el contexto familiar, como personas sin autonomía y autocontrol. Una de las enfermedades más estigmatizantes es la esquizofrenia, ésta suele percibirse como una de las más propensas a comportamientos violentos.

Los servicios de salud juegan un rol fundamental en las actitudes frente a las enfermedades mentales debido al poder que representan a nivel social, y también al rol que tienen en el tratamiento de estos pacientes (Tapia et al, 2015). Si bien los profesionales de la salud tienen mejor actitud que otros sectores de la sociedad, frecuentan actitudes negativas con respecto a las posibilidades de recuperación, y sentimientos de miedo y hostilidad al tratar con los pacientes (Magallares, 2011).

Además, el reduccionismo biológico hace que la toma de decisiones recaiga en el médico, que es quien aparentemente porta el saber sobre el padecer del individuo, y éste deberá en su lugar obedecer las indicaciones del profesional, sin lograr un empoderamiento en su propio malestar. Esto de alguna manera vuelve realidad lo que se menciona anteriormente como estigma, que es la poca autonomía, la falta de toma de decisiones, y las pocas posibilidades de recuperación en los pacientes.

Finalmente, en relación a los medios de comunicación, es interesante observar qué construcciones de la enfermedad mental se hacen en éstos, a través de los personajes que se desarrollan, y de los casos clínicos-judiciales que se muestran en las pantallas. Existe una tendencia a mostrar casos de trastornos psicóticos graves, que manifiestan peligrosidad, ideas delirantes, y muestran situaciones donde el sujeto se encuentra “fuera de sí” (Magallares, 2011). Esto es algo muy serio, considerando que la televisión es un gran medio de comunicación, muchas veces el medio de información principal de algunas personas. Esto mismo sucede en medios de prensa, y puede verse también cada vez más presentes en las redes sociales como Facebook, instgram, o tik tok. Estamos en un constante consumo, no de información, sino de modos de entender los fenómenos que nos rodean, y en este sentido, hay un exceso de información sobre la salud mental, y particularmente de los trastornos mentales. Muchos de los posteos que se realizan en las redes, suelen simplificar algunos trastornos o enfermedades hoy en día muy diagnosticados como el “trastorno de ansiedad generalizada”, la esquizofrenia, o “trastorno bipolar” en pocas palabras, imágenes o frases. Les comparto a continuación un ejemplo de un post en instgram que vi, de una cuenta llamada “terapiasacapulco”, que brindaba información en una tabla sobre algunos trastornos mentales:

	¿Qué es?	Qué no es
BIPOLARIDAD	Cambios exagerados en el estado de ánimo que van de la euforia maníaca a la depresión	Ser loquita, enojona y feliz al mismo tiempo

TRASTORNOS DE ANSIEDAD	Cualquier situación implica una consecuencia y preocupación llevada al extremo. Náuseas, fatigas, mareos, llanto	Que te suden las manos por ver un video de alturas
ATAQUES DE PÁNICO	Es la aparición repentina de miedo o terror asociada constantemente con sentimientos de muerte	Gritar desesperadamente por ver una araña
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Ideas, pensamientos o imágenes intrusivas, se desarrollan miedos y consecuencias mentales extremas	Ponerte gel antibacterial después de usar el metro

Terapiasacapulco, (2019).

Estos datos que aparecen en las redes sociales están fuera de contexto clínico, y promueven ciertos entendimientos de las enfermedades basadas en este modelo biologicista que se centra en aspectos sintomáticos, y en lugar de generar “empatía”, podrían fomentar la reproducción de algunos de los estigmas antes mencionados como el peligro ante lo impredecible, la dependencia al tratamiento y a referentes profesionales o familiares, y sentimientos hacia esas personas relacionadas al miedo, rechazo, agobio, cansancio, entre otros.

La intención de este capítulo era analizar de qué formas este modelo impacta y produce subjetividades en los usuarios de salud mental, y en la población en general, y entender por qué trabajar con las enfermedades mentales desde la perspectiva exclusivamente biológica perjudica al sujeto, a su entorno, y a la sociedad. Espero haber logrado mi objetivo.

5. Repensar las enfermedades mentales: hacia una psicología crítica y situada

Durante el ensayo, me dediqué a pensar críticamente sobre la perspectiva biologicista de los trastornos mentales, por ser la que predomina en las prácticas de los saberes psi en el mundo contemporáneo. Quiero cerrar este trabajo realizando un breve aporte que, sin intenciones de ser de grandes niveles de desarrollo, invite a una mirada diferente, una propuesta desde la psicología crítica, que desafíe miradas y proponga nuevas configuraciones de trabajo.

Según Morales Calatayud (2015):

En tanto seres sociales, es en la interacción con otros que construimos nuestros propios sentidos sobre la salud y las enfermedades, aprendemos y reforzamos prácticas y hábitos, desarrollamos motivos y actitudes, expresamos nuestro bienestar y nuestro sufrimiento, afrontamos de uno u otro modo las tensiones y noxas potenciales del ambiente, nos comportamos de manera más o menos saludable, recibimos y damos apoyo y mediatizamos a través nuestros estados emocionales el impacto de las tensiones (p121).

En lugar de entender a la salud como un estado de completo bienestar y de ausencia de la enfermedad, es decir, de abordar la enfermedad como un “agente huésped” que viene, produce efectos en el cuerpo y se va, la perspectiva integral invita a pensar en la salud como un proceso al que le llamamos “proceso de salud-enfermedad-atención”, en el que ambos estados conviven, y en que en algunos momentos hay uno que predomina sobre el otro (Morales Calatayud, 2015; Sepúlveda, 2023). Morales Calatayud incorpora la atención en los servicios de salud como una pata fundamental de este proceso. Lejos de pensar en el sujeto como un receptor pasivo de influencias, propone pensarlo como protagonista de su salud (2015). Esto implica pensar a la persona en situación, es decir, en relación a los elementos socio-históricos que le rodean, siendo la salud un proceso que se construye en la interacción social, y siendo sus expresiones, una manifestación de la interacción permanente entre el plano biológico, psicológico y social (Pérez Fernández, 2017).

Aquí se plantea una gran diferencia conceptual entre el modelo biológico causal de las enfermedades y el modelo integral de la salud sobre lo que implica el ser humano. En el primer caso, se habla de un individuo “mecanicista”, cuya conducta puede explicarse en términos causales, donde hay constantes universales pre-existentes relacionadas a funciones biológico-cerebrales. En el segundo caso, se plantea un sujeto singular e histórico, cuya conducta se explica en términos contextuales, en una trama de

significaciones y sentidos sociales que producen subjetividad, y que se construyen en interacción con su biología. (Pérez Fernández, 2017). Esto tiene sus efectos en las prácticas y en las formas en que se plantean y se abordan los tratamientos.

El proceso de salud-enfermedad se da dentro de un contexto social, económico, político y cultural. Factores como el entorno en el que vivimos, la organización social de la comunidad, la estructura económica, el tipo de gobierno, el grado de urbanización, el acceso a servicios básicos, la educación, la nutrición, la fecundidad y los estilos de vida influyen directamente en la salud. Esta compleja red de determinantes está integrada por circunstancias, procesos, características o exposiciones, que determinan la probabilidad aumentada de que ocurra un daño a la salud, con la consiguiente presentación de enfermedades. También pone de manifiesto que la salud y la enfermedad son un proceso colectivo y no individual (Vázquez, 2008).

Ahora bien, ¿cómo pueden pensarse los problemas de salud mental, en relación a esta concepción integral del proceso salud-enfermedad?

Lo que aquí pretendo plantear es la necesidad de construir modelos teóricos e intervenciones que reconozcan lo que todas las disciplinas han comprobado del ser humano: su complejidad. Esta perspectiva no trata de desconocer lo biológico en la producción de lo psíquico, ya que no hay fenómeno de la vida donde la biología no intervenga. Lo que esta perspectiva plantea es la importancia de no reducir la complejidad del psiquismo al funcionamiento del cerebro (Pérez Fernández, 2017).

Muchas de las investigaciones que se han realizado sobre el cerebro dan cuenta de que éste es un sistema abierto y adaptativo por excelencia, un sistema de transformación de energía y de transmisión de señales eléctricas y químicas que es moldeado por el ambiente en una continua retroalimentación de estímulos que se han ido dando en el tiempo. Esto quiere decir que los mecanismos de producción de significados y sentidos que implican construcción de subjetividad, remiten a funciones simbólicas forjadas en el medio social y cultural en constante contacto con otras personas (Pérez Fernández, 2017). Muchos estudios demuestran que la expresión de los genes y el medio ambiente están íntimamente relacionados, lo cual revelan el aspecto multidimensional de las enfermedades mentales. Estos estudios manifiestan que puede ser necesaria la vulnerabilidad genética para algunas patologías, pero su desarrollo y expresión dependerán de la historia de vida de ese sujeto, de factores de su entorno, y problemáticas desencadenantes actuales (Pérez Fernández, 2010). Desde los conocimientos que nos brindan hoy las neurociencias y la psicología cognitiva, el cerebro se organiza en relación a sus funciones, pero es un cerebro que va

cambiando en función de los estímulos ambientales, los afectos, y del universo social y cultural del que ese sujeto forma parte activamente (Pérez Fernández, 2010).

La corriente de la psicología crítica, intenta desafiar las miradas hegemónicas y tradicionales de pensar al sujeto como un ser condicionado por sus relaciones sociales, y propone entonces a un sujeto que, al mismo tiempo, produce y es producido por las condiciones bajo las cuales vive, es decir, que los humanos estamos sujetos a determinadas condiciones que simultáneamente construimos, aprobamos, transformamos y reproducimos. Esto quiere decir que es importante tener en cuenta a la sociedad al momento de pensar en la individualidad, pero no de cualquier forma. El cómo se encuentra el individuo, tiene que ver con el grado y el tipo de sus posibilidades de acción y sus limitaciones en el entorno social (Holzkamp, 2016).

El psiquismo entonces, no es exclusivamente individual, sino una configuración subjetiva que se produce y es producida en colectivo. Las experiencias subjetivas, están entramadas por lo que es posible decir, sentir y hacer en una época determinada (normas, valores, discursos dominantes).

Pensando entonces en el rol del psicólogo y de los profesionales de la salud, en primer lugar, planteo dejar de utilizar el concepto “trastorno mental”, y en su lugar hablar de “problemas psicológicos” o “problemas de salud mental”. Esto es, porque socialmente ese término nos lleva a pensar en la prevalencia de una disfunción o patología en el individuo que lo marca y con la que tendrá que convivir el resto de su vida. Esta propuesta implica una despatologización del sufrimiento, es decir, de pensar en el sufrimiento como una característica propia del ser humano, y entender que no todo sufrimiento implica una patología o enfermedad mental.

En relación a los problemas que mucha gente lleva a la consulta de un psicólogo o un psiquiatra, lo primero es la disposición a la escucha, darse el tiempo para escuchar todo lo que el sujeto tiene para decir con el objetivo de comprender la situación que se teje en el encuentro (De Souza et al, 1990), y simultáneamente, dar lugar a la expresión de su malestar. La perspectiva integral implica una mirada más allá de los síntomas que esa persona trae, implica pensar en los determinantes de la salud: en sus condiciones y estilo de vida, en su historia, en su contexto familiar y social, en sus vínculos, en sus expectativas y proyectos. El sufrimiento psíquico debe producir en el terapeuta un afán por ir más allá, por preguntarse qué ha pasado en la vida de esa persona que hace que consulte, y que se presente de esa forma y con determinadas características. ¿Qué está pasando en su vida que ha desencadenado tal sufrimiento?

Desde este lugar, el diagnóstico no puede ser un rotulador o etiqueta que explique todo su malestar, no puede ser una respuesta acabada que haga que no nos sigamos preguntando por su padecimiento, el proceso diagnóstico debe ser considerado un punto de partida, que nos brinde información y ciertas herramientas para el abordaje. A pesar del consenso ético en medicina, expresado en documentos como la Declaración de Caracas sobre los derechos de los pacientes psiquiátricos y respaldado por profesionales como el Dr. Rómulo Rodríguez Ramos (1997), que sostiene el derecho del paciente a conocer su diagnóstico de manera explícita, considero que dicho diagnóstico debe funcionar primordialmente como herramienta clínica del terapeuta del cual el consultante debe mantenerse al margen. Esto es, por todo lo que a nivel subjetivo implica para el sujeto cargar con el diagnóstico, y todas las responsabilidades individuales que se le adjudican como hemos visto en el capítulo anterior. Esto, sin embargo, no implica dejar al sujeto por fuera de la comprensión de su malestar, si no, por el contrario, brindarle herramientas que permitan ese entendimiento más allá de la etiqueta diagnóstica. De nada sirve que la persona sepa que su sufrimiento se cataloga como “esquizofrenia” en los manuales de psiquiatría, pero lo que sí puede fomentar la autonomía y la adherencia al tratamiento en el sujeto, es que pueda entender cómo su malestar se relaciona con su historia, con su contexto y con aspectos de su personalidad, y cómo se podrá trabajar conjuntamente a través de objetivos para lograr una mejoría. En este sentido, De Souza et al (1990) sustituyen el término “psicodiagnóstico” por “consulta psicológica”, dando lugar a la mirada, a la escucha, a la contención y habilitando la expresión sin juzgar. En este tipo de clínica, el terapeuta no trabaja con un caso de bipolaridad, trabaja con el caso de Juan.

Trabajar con los problemas de salud mental desde una perspectiva crítica e integral es también en muchos casos invitar al trabajo interdisciplinario, porque éste se basa en entender y abordar las vicisitudes de la salud desde la complejidad del ser humano, dejando fuera cualquier tipo de reduccionismos. Alicia Stolkiner (2005) habla de la interdisciplina como un posicionamiento que reconoce la incompletud de cada disciplina y apela al trabajo en equipo entre las diversas disciplinas, a una articulación teórica, analítica y práctica. Dice que en los equipos de salud se logra ver la interdisciplina cuando la distribución de funciones y la importancia de cada saber no se realiza en función del peso o relevancia de cada profesión, sino en función del problema que está sobre la mesa.

Esto requiere entender que el abordaje de las “patologías mentales” exclusivamente desde la psicología, muchas veces tampoco permiten una comprensión multidimensional de estos fenómenos, siendo necesario el intercambio y la construcción inter-disciplinas.

Muchos son los casos que llegan a los servicios de salud o a las clínicas privadas, en los que el quehacer del psicólogo/a, o del psiquiatra, son necesarios, pero no suficientes, y se debe apelar al abordaje en conjunto. También sucede en el ámbito de la salud, y en los diversos ámbitos que el sujeto integra en su cotidianidad como los educativos o laborales, donde deben verse implicados otros profesionales como el trabajador social, el psicopedagogo, el acompañante terapéutico, entre otros.

Es un gran desafío el que aquí propongo, de implementar una modalidad de trabajo que se distancia, e incluso se contrapone a la que predomina en muchos sistemas de salud, en las organizaciones sociales, y en las clínicas privadas. Queda abierto a mayores desarrollos en un futuro.

Consideraciones finales

A lo largo de este trabajo se expuso cómo la perspectiva biologicista de los trastornos mentales, fuertemente influida por los intereses de la industria farmacéutica y legitimada por instituciones como la APA, ha construido una narrativa dominante que reduce el sufrimiento psíquico a alteraciones neuroquímicas. Este enfoque ha tenido consecuencias profundas tanto en las prácticas clínicas como en la vida cotidiana de los sujetos: ha promovido una medicalización creciente del malestar, ha generado estigmas que refuerzan la exclusión social, ha debilitado la autonomía de las personas y desplazado el análisis de las condiciones estructurales que influyen en la salud mental.

Como se argumentó, este modelo no solo define lo que se entiende por “enfermedad mental”, sino también los parámetros que definen socialmente lo que es considerado como “normalidad”, instalando un ideal normativo que homogeneiza las experiencias humanas y convierte las emociones, los pensamientos y las acciones humanas en síntomas a erradicar. Muchos de los problemas que antes se consideraban como parte de la vida en sociedad, o de las diversas etapas del desarrollo, hoy son considerados síntomas de una patología mental.

En este sentido, los manuales diagnósticos como el DSM no son herramientas neutras y ateóricas, sino herramientas que son producto de una situación política, económica y cultural, que responden a intereses corporativos específicos en el marco de un sistema capitalista y tecnocientífico. En este caso, a un sistema que promueve una perspectiva que favorece a la industria farmacéutica, al considerar a los psicofármacos como parte fundamental de los procesos de tratamiento donde el objetivo es la regulación de los

neurotransmisores y erradicar síntomas que son considerados “desadaptativos” para mantener un ritmo de vida acorde a las demandas actuales. En el ejercicio de enfocarse en la sintomatología que presenta el sujeto y en lo que le puede estar pasando a nivel biológico, se pierde la dimensión de lo importante: preguntarse por el por qué y cómo la persona ha llegado hasta ahí, por su historia de vida, por aspectos de su vida actual como el área laboral, familiar, vínculos cercanos, por sus condiciones y estilo de vida, aspiraciones, antecedentes médicos y en su desarrollo, entre otras.

En este contexto, se vuelve necesaria una concepción más compleja y situada de los procesos de salud-enfermedad-atención, que reconozca los determinantes sociales, históricos, políticos y culturales de la salud, así como la experiencia subjetiva de quienes transitan el malestar. En tanto futura profesional del campo de la salud, sostener una mirada crítica implica no reproducir pasivamente los discursos dominantes, sino interrogar los supuestos que los sostienen, abrir el campo del debate y contribuir a la construcción de prácticas más humanas, diversas y emancipadoras.

Referencias

- American Psychiatric Association. (s.f). *APA's vision, mission, values, and goals*. <https://www.psychiatry.org/about-apa/vision-mission-values-goals>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5a. ed.). Médica Panamericana.
- Bielli, A., Bacci, M. P. & Bruno, G. (2023). Subjetividades farmacológicas contemporáneas: Lucía, una existencia al límite. *Revista Cultura y Droga*. 28(36), 107-127. <https://doi.org/10.17151/culdr.2023.28.36.5>
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194. <http://www.jstor.org/stable/1519765>
- Demazeux, S. (2015). The ideal of scientific progress and the DSM. En S. Demazeux & P. Singy (Eds.), *The DSM-5 in perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel* (pp. 3-24). Springer.
- De Souza, L., Rodríguez, A. & Vazquez, M. (1990). ¿Psicodiagnóstico o consulta psicológica? La primacía de la estrategia clínica. En L. de Souza & M. Vazquez, *La consulta psicológica: Un acontecer clínico* (pp.13-30). Roca Viva.
- Esperanza, G. (2011). Medicalizar la vida. En S. Fendrik & A. Jerusalinsky (Coord.), *El libro negro de la psicopatología contemporánea* (pp. 72-81). Siglo XXI.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?: Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Ariel.
- Frances, A. (2022, marzo 23). *Is DSM-5 worth buying?*. Psychiatric Times. <https://www.psychiatrictimes.com/view/is-dsm5tr-worth-buying>
- Geneyro Saldombide, C., Bielli, A., y Rodríguez Otero, V. (2022). El uso de los antidepresivos en los procesos de sujeción/subjetivación biomédica. *Cultura y Droga*, 27(34), 123-145. <https://doi.org/10.17151/culdr.2022.27.34.6>
- Goffman, E. (1970). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Gøtzsche, P. C. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Los libros del linco.
- Holzkamp, K. (2016). Los conceptos básicos de la Psicología Crítica (1985). *Teoría y Crítica de la Psicología*, (8), 293-302. <http://www.teocripsi.com/ojs/>
- Iriart, C. (2014). *Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención* [Ponencia]. XI Jornadas Nacionales de Debate

Interdisciplinario en Salud y Población del Instituto Gino Germani. Buenos Aires.

- Kirk, S.A., Cohen D., & Gomory, T. (2015) DSM-5: The Delayed Demise of Descriptive Diagnosis. En S. Demazeux & P. Singy (Eds.), *The DSM-5 in perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel* (pp. 63-77). Springer
- Lacasse J. R., & Leo, J (2005). Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. *PLoS Med*, 2(12), e392. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020392>
- Laporte, J. R. (2024). *Crónica de una sociedad intoxicada*. Península.
- Magallares Sanjuan, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: Discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17. <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816>
- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder.
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner M. P., & Horowitz, M. A. (2023). La teoría de la serotonina en la depresión: Una revisión sistemática general de la evidencia. *Molecular Psychiatry*, (28), 3243–3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Morales Calatayud, F. (2015). La psicología y el campo de la salud: Tensiones, logros, y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiciencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1), 120-123. 10.5872/psiciencia/7.1.0114
- Peralva Aguiar, M., & Guerrero Ortega, F. J., (2017). Psiquiatria Biológica e Psicofarmacología: A formação de uma rede tecnocientífica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 889-910. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400003>
- Pérez Fernández, R. (2010). *Conferencia inaugural Actividades académicas 2009. La construcción subjetiva de realidad: Psicología, Neurociencias, política e imaginario social*. Universidad de la República, Facultad de Psicología. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8006>
- Pérez Fernández, R. (2017). ¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico?. En Universidad de la República, Grupo de trabajo en Salud Mental Comunitaria, *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp. 109-128). Psicolibros Universitario.
- Rodríguez Ramos, R. (1997). Bioética y salud mental: Los derechos del paciente psiquiátrico. *Natura Medicatrix: revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*. (48) (pp. 28-29). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4984764.pdf>

- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Unipe.
- Sepúlveda Jara, R. (2023). Desafíos y perspectivas en la política pública de salud mental en Chile: comprender el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención desde la mirada de las personas. *Intervención*, 13(1), 1-17. <https://doi.org/10.53689/int.v13i1.177>
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the Era of asylum to the Age of Prozac*. John Wiley and Sons.
- Sismondo, S. (2018). *Ghost-managed medicine: Big pharma's invisible hands*. Mattering Press.
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental* [Conferencia]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: "Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy", Posadas. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>
- Terapiasacapulco. (2019, 26 de mayo). *Trastornos mentales* [Fotografía]. Instagram <https://www.instagram.com/p/Bx8vOKSJyFT/?igsh=b3JzcGs4NjV1MGRy>
- Tsou, J. Y. (2015). DSM-5 and psychiatry's second revolution: Descriptive vs. theoretical approaches to psychiatric classification. En S. Demazeux & P. Singy (Eds.), *The DSM-5 in perspective: Philosophical reflections on the psychiatric babel* (pp. 43-62). Springer.
- Vázquez, R. (2008). *Determinantes de la salud*. En W. Benia & I. Reyes (Eds.), *Temas de salud pública* (Vol. 1, pp. 10-16). Oficina del Libro FEFMUR.
- Whitaker, R. (2018). *Anatomía de una epidemia*. Capitán Swing Libros.
- Whitaker, R. & Cosgrove, R. (2024). *La Psiquiatría bajo sospechas: Corrupción institucional, perjuicio social y recetas de reforma*. Psara.