

Vulnerabilidades epistemológicas de la psiquiatría actual y de la salud mental global: enfoque crítico desde América Latina

Epistemological vulnerabilities of current psychiatry and global mental health: a critical approach from Latin America

Renato Alarcón-Guzmán^{1, 2, 3, a, b, c} , Humberto Castillo-Martell^{3, 4, c} 

RESUMEN

En reconocimiento del gran avance de la psiquiatría como especialidad médica y del movimiento de salud mental global en el manejo clínico de problemas y dolencias mentales, es sumamente importante explorar sus dilemas conceptuales, limitaciones estructurales y tensiones epistemológicas, en búsqueda de enfoques más claros, amplios, profundos y complejos de la teoría y la práctica psiquiátricas. El análisis que se plantea en este estudio examina objetivamente paradigmas académicos dominantes, como la centralización del diagnóstico basado en manuales, la circularidad del determinismo etiopatogénico, el apego dogmático a la denominada «medicina basada en la evidencia», la pretendida neutralidad de la ciencia y la polarización idealizada de los estados de salud y enfermedad mental. Al mismo tiempo, se reafirma la clara utilidad de conceptos socioculturales y aperturas epistemológicas en la comprensión de todo tipo de eventos psicopatológicos. Estos enfoques críticos buscan ampliar los horizontes ontológicos de la psiquiatría y liberarla de las amenazas impuestas por diferentes niveles y magnitudes en las relaciones de poder. El artículo intenta establecer una continuidad con las reflexiones críticas sobre la onda expansiva de la salud mental global, expuestas y compartidas por Duncan Pedersen y otros estudiosos de diferentes centros académicos de las Américas, orientados a la revalorización de pensamientos y acciones de una salud mental que se adecúe más y mejor a las necesidades comunitarias y socioculturales de América Latina en particular.

Citar como:

Alarcón-Guzmán R, Castillo-Martell H. Vulnerabilidades epistemológicas de la psiquiatría actual y de la salud mental global: enfoque crítico desde América Latina. *Rev Neuropsiquiatr.* 2024; 87(3): 247-256. DOI: 10.20453/rnp.v83i2.3745

Recibido: 15-02-2024

Aceptado: 06-07-2024

En línea: 30-09-2024

Correspondencia:

Humberto Castillo-Martell
Contacto: walter.castillo@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Cátedra Honorio Delgado. Lima, Perú.

² Mayo Clinic, Department of Psychiatry and Psychology. Rochester, MN, EE. UU.

³ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Centro de Investigación y Desarrollo en Salud Mental. Lima, Perú.

⁴ Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Lima, Perú.

^a Titular de la Cátedra Honorio Delgado.

^b Profesor emérito distinguido.

^c Psiquiatra.

Palabras clave: salud mental global; psiquiatría mundial; diagnóstico psiquiátrico; epistemología; epidemiología; determinantes sociales de la salud.

ABSTRACT

In recognition of the great advance of psychiatry as a medical specialty, and of the global mental health movement in the clinical management of mental health problems and disorders, it is extremely important to explore the conceptual dilemmas, structural limitations, and epistemological tensions in search of clearer, broader, deeper and more consistent approaches to both the theory and practice of psychiatry. The analysis pursued in this study examines predominant paradigms, and substantiates proposals such as the inclusion of socio-cultural concepts in the diagnosis beyond its exclusive basis on manuals, the elimination of a circular etio-pathogenic thinking, the dogmatic declarations of an “evidence-based medicine”, the pretended neutrality of science, and the idealized polarization of mental health and mental illness; at the same time, the clear utility of sociocultural concepts and epistemological perspectives in the understanding of every type of psychopathological events, is reaffirmed. These critical approaches attempt to amplify psychiatry’s ontological horizons and liberate it from entrapments imposed by different levels and measures of power-based relationships. The article attempts to establish a continuity with the critical reflections about the growth of Global Mental Health elaborated and shared by Duncan Pedersen and other scholars from the Americas, oriented to the revalorization of thoughts and actions of a mental health better adapted to the community-based and socio-cultural needs of Latin America in particular.

Keywords: global mental health; world psychiatry; psychiatric diagnosis; epistemology; epidemiology; social determinants of health.

INTRODUCCIÓN

Duncan Pedersen (1939-2013), médico y antropólogo argentino, profesor de Psiquiatría en la Universidad McGill de Montreal, Canadá, formulaba de esta manera sus principales críticas al concepto de Salud Mental Global: «Intentamos explorar las tensiones que existen entre un enfoque de la salud pública a través de una clasificación diagnóstica occidental de los trastornos mentales, las prácticas basadas en evidencia (en su mayoría producidas en países del hemisferio norte), el uso intensivo de intervenciones y tecnologías biomédicas por un lado y, por otro, un enfoque psicosocial que enfatiza las taxonomías locales y el uso de recursos endógenos y culturalmente apropiados, así como intervenciones participativas basadas en la comunidad» (comunicación personal, 15 de julio de 2015).

Devoto estudioso de los temas socioculturales y de salud en los pueblos andinos del Perú, Pedersen fue un mediador articulado y veraz entre las formas locales (es decir, andinas) de pensar y actuar y las conceptualizaciones racionales y más amplias

adoptadas por la modernidad. Estaba convencido de que las experiencias locales de muchos pueblos y comunidades de América Latina tenían un mensaje contundente y aportes sólidos al resto del mundo en el campo de la salud mental, con ideas innovadoras en torno a la salud, la sociedad y la cultura. Poco antes de su inesperada muerte, había iniciado un proyecto conjunto con académicos y profesionales de Chile, Jamaica, Brasil, México y Perú, para impulsar una línea crítica de investigaciones encaminadas a inducir cambios significativos en la arquitectura de la salud mental global. Días antes de su fallecimiento, compartió sus entusiastas reflexiones sobre este tema en un seminario celebrado en Santiago de Chile, formulando «algunas preguntas críticas para seguir debatiendo» (1).

MODERNIZACIÓN Y GLOBALIZACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA

En las últimas dos o tres décadas, la dialéctica psiquiátrica se ha enfrentado a un vigoroso proceso de renovación teórica mediante complejos intercambios ideológicos, entremezclados con avances científicos y

tecnológicos y elaboraciones sociopolíticas y culturales casi inevitables. El producto más relevante de este cambiante escenario ha sido la incorporación de la noción de *salud mental global* (GMH, por sus siglas en inglés), para reflejar lo que muchos consideran fuertes conexiones e intercambios recíprocos entre perspectivas locales/regionales e internacionales/universales (2). Los centros académicos, las organizaciones profesionales y las instituciones sanitarias internacionales han acogido con satisfacción estas nuevas realidades, aunque al lado de otros reconocen que el proceso todavía incluye cuestiones y áreas complejas, desconocidas y debatibles. El futuro de la psiquiatría y la salud mental sigue siendo, por lo tanto, un repositorio de múltiples desafíos, vicisitudes y dilemas. Un denominador común de estas realidades —tema fundamental de discusión— es, sin duda, la mejor elaboración del concepto, una visión clara de la «arquitectura» futura de la GMH que le permita ganar aceptación universal. Por ello, muchos autores no vacilarían en preguntar si tal aceptación es necesaria o indispensable.

Desde sus orígenes, la psiquiatría ha intentado «objetivar la subjetividad» para alcanzar el estatus científico característico de la mayoría de las disciplinas médico-clínicas (3). Hoy en día, muchos sostienen que este esfuerzo ha tenido éxito, ya que las enfermedades mentales pueden diagnosticarse sobre la base de síntomas formalmente bien estructurados en los que los aspectos (o contenidos) subjetivos se objetivan, miden, cuentan y comparan (4). Los diagnósticos categóricos son declarados confiables, validados mediante procedimientos estadísticos y organizados en sistemas internacionales y consensuados de clasificación (5, 6). Además, se ha desarrollado una epidemiología psiquiátrica capaz de calcular niveles de prevalencia e incidencia, delinear factores de riesgo e incluso probables asociaciones causales, efectuar estimaciones de costos y medir el impacto de las entidades clínicas en la calidad de vida individual y colectiva (7). Por otro lado, el crecimiento y el desarrollo de las neurociencias han llevado a una mayor comprensión de los correlatos neuronales de los procesos mentales y su asociación con otros sistemas biológicos para delinear los dominios mentales y físicos de la ecuación salud-enfermedad (8), la «última frontera» en este inveterado proceso de conquistas ontológicas.

Así, los hallazgos y las secuencias de hechos y procesos han conferido a psiquiatras y otros profesionales de la salud mental la capacidad de demostrar ante múltiples audiencias (otros médicos y profesionales de

la salud, autoridades y funcionarios de salud pública, políticos, economistas, administradores, científicos sociales y público en general) la prioridad, viabilidad y rentabilidad —social y financiera— de la «atención adecuada» a personas con trastornos mentales (9). Muchos países están implementando reformas de salud mental basadas en datos de evidencia cuantitativa (10). La comercialización de agentes psicofarmacológicos se ha expandido y la atención psiquiátrica penetra progresivamente en el sistema general de atención de salud (11). Se puede afirmar hoy que la psiquiatría y los psiquiatras son legítimamente «médicos» y «científicos» (muy alejados de perfiles controversiales del siglo pasado) y, como tales, eminentemente capaces de tratar enfermedades mentales con herramientas psicoterapéuticas y farmacológicas propias, todo lo cual hace que el estigma contra los trastornos mentales pueda hacerse cada vez más débil.

Se trata, sin duda, de avances alentadores en términos de comprensión individual, información pública y gestión clínica de salud y enfermedades mentales. Sobre la base de promover una «buena» o «mejor» salud mental, muchas personas logran maximizar su potencial, alcanzar niveles más altos de funcionamiento y una adaptación más efectiva a su entorno familiar y sociocomunitario. Asimismo, personas portadoras de diagnósticos psiquiátricos severos e históricamente estigmatizados logran minimizar sus manifestaciones sintomáticas, alcanzar una mayor estabilidad anímica y un mejor autocontrol de sus transacciones conductuales intra- e interpersonales (12).

Esta situación ha conducido a que varias instituciones sociales, corporaciones financieras, agencias gubernamentales, compañías de seguros y organizaciones internacionales de desarrollo (por ejemplo, el Banco Mundial y la Cooperación Económica Asia Pacífico) asignen a la salud mental un lugar prioritario en sus agendas (13). Algunos autores podrían sustentar, con cierta euforia, una noción casi mítica de la GMH centrada en la psiquiatría moderna (14). Este solo hecho ha atravesado fronteras geográficas, culturales y sociales y, por lo mismo, conduce y obliga a un análisis crítico.

LIMITACIONES DEL ENFOQUE DE SALUD MENTAL GLOBAL

La realidad es que las brechas entre los logros descritos anteriormente y las necesidades generalizadas que aún desafían el desarrollo de una salud mental genuina en todos los niveles son literalmente enormes (15). Varios estudios epidemiológicos revelan una prevalencia

anual del 15 al 25 % de la población mundial portadora de trastornos mentales, en tanto que los sistemas de servicios de salud mental en el mundo cubren solo del 10 al 40 % de sus necesidades (16). Los gobiernos y los sistemas de prestación de atención en salud son cuestionados y criticados por los bajos niveles de recursos materiales, humanos y presupuestales o financieros asignados al sector de salud mental; aunque algunos países como el Perú han incrementado esfuerzos e iniciativas, los recursos e inversiones en este campo cubren solo entre la tercera y la quinta parte de lo requerido con base en porcentajes de carga de enfermedades mentales y morbilidad psiquiátrica en todo tipo de poblaciones (17).

Sobre la base de una primera impresión, estos problemas podrían abordarse con la dotación de más recursos, humanos y financieros, para extender el modelo global ideal de salud mental a ámbitos en los que es insuficiente. Sin embargo, desde diversos enfoques de salud pública, esto tiene un límite si no se abordan los llamados determinantes sociales de la salud mental (1). Las enfermedades y los sufrimientos mentales son también manifestaciones psicoemocionales de la pobreza, las inequidades, la discriminación o la fragmentación social, los excesos de las lógicas del *marketing*, las luchas o los conflictos sociales (incluidas la violencia y la corrupción) y cualquier forma de enfrentamiento de poderes. Reflejan, asimismo, relaciones de poder, estructuradas como estados, instituciones, pautas culturales o hegemonías de saberes, las que llevan a etiquetar como «enfermos mentales» a los portadores de conductas consideradas «inapropiadas», «desadaptadas» o «disfuncionales» y a situaciones sociales atravesadas por diversidad de intereses (18). Este traslape entre lo social y la salud mental se pone groseramente de manifiesto cuando se utiliza la categoría «enfermedad mental» para «explicar/atribuir» la comisión de delitos o conductas delictivas que llevan a la persistencia de instituciones «manicomiales» con mezclas abigarradas de prácticas sanitarias, disciplinarias y judiciales, que se extienden aun en sociedades abanderadas de la modernidad, en flagrante contradicción con discursos centrados en derechos humanos (19). Este escenario genera nuevas, paradójicas y obviamente más complejas modalidades de estigmatización (20).

La psiquiatría y otras disciplinas de la salud mental, individual y pública tienen como misión fundamental reducir el sufrimiento humano y lograr una mejor calidad de vida; en su trayecto, enfrentan, sin embargo, riesgos de encuadramiento y/o restricción de libertades

individuales y colectivas y, lejos de su intencionalidad, terminan operando como instrumentos de control y dominación social (21). En las siguientes secciones se exploran varias posibles explicaciones de este *impasse*, desde perspectivas epistemológicas y científico-sociales.

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: FUNDAMENTOS Y CONSECUENCIAS, USOS Y ABUSOS

Las bases epistemológicas de la medicina moderna, entendidas como el conjunto de pautas que otorgan validez y legitimidad a la investigación, el diagnóstico y las intervenciones médicas en general, provienen del denominado enfoque positivista de la ciencia, que fundamenta el conocimiento en la objetividad y en las manifestaciones mensurables o cuantificables de la realidad. Esto significa que tanto las manifestaciones (signos y síntomas) como las alteraciones estructurales biológicas que supone el proceso salud-enfermedad y las diversas intervenciones son evidenciables a través de los sentidos (directamente o con ayuda de tecnologías) (22). El alto consenso del que goza este paradigma en la hegemónica práctica médica occidental hace que se difunda sutilmente, se perciba como natural y sin límites y sea muy poco criticada o cuestionada por las comunidades científicas y profesionales (23).

Estas circunstancias devienen en un desafío epistemológico para la psiquiatría que, a diferencia del resto de la medicina, tiene como objetivos centrales de su estudio e intervenciones a procesos mentales (bio-psico-socio-culturales), que se ubican simultáneamente en el dominio experiencial (subjetivo) y en el observable por otros (objetivo). A lo largo del proceso de evolución que la ha convertido en una especialidad médica moderna, la psiquiatría ha utilizado y hasta forzado normas de la científicidad positivista. Una de sus principales estrategias ha sido la reafirmación sistemática de la objetividad sintomatológica, basada en la regularidad de sus formas más que en la variabilidad de sus contenidos, inclinando la balanza hacia un lado biológico y cuantitativo en desmedro de lo psicosocial y cualitativo (24). Basado en enfoques taxonómicos y con el apoyo de técnicas estadísticas, este proceso ha conducido al desarrollo de manuales de diagnóstico y clasificación (5, 6), que formulan criterios clínicos específicos y estandarizan su registro y nomenclatura con fines de gestión, atención, investigación y docencia.

Los manuales de clasificación de diagnósticos son resultado de normas predominantemente basadas

en criterios clínicos y estadísticos, respaldados por consensos de grupos de expertos. Tienen una vigencia temporal, gozan de una popularidad cambiante, son susceptibles de derivar en «submanuales» o documentos similares elaborados por individuos, países, regiones o continentes (25) y, de alguna forma, siempre están cuestionados desde diferentes perspectivas: biológicas, psicológicas, sociales, culturales o incluso espirituales. Considerando que cada sociedad y/o cultura produce sus propios criterios de legitimidad y objetividad de los diagnósticos con base en sus particulares relaciones de saber y poder (26), lo que se define como enfermedad en una cultura puede no serlo en otra, e incluso si lo fuera, puede no tener el mismo grado de relevancia (27). De este modo, en la práctica alrededor del mundo hay una diversidad de «listas diagnósticas» con distintos «relatos psicopatológicos» que reivindican objetividad y legitimidad. Todas y cada una establecen criterios de relevancia clínica (funcional en cuanto al cuidado y/o tratamiento), pero también social (potencialmente discriminatorias), reproduciendo o reforzando las relaciones de poder de la sociedad o cultura en la que surgen (28). Es así como el diagnóstico en la práctica psiquiátrica transmite información diferente en cada cultura y, al hacerlo, afecta las relaciones interpersonales y las condiciones de vida de las personas en sentido positivo y/o negativo: de esta comprobación emerge, imperativamente, la reflexión ética y crítica de aquella práctica (20).

Desafortunadamente, para muchos profesionales y actores del campo de la salud mental, estos instrumentos se han convertido en «verdades absolutas» o «guías necesarias y suficientes» para la conducción de todo el proceso diagnóstico, descuidando el análisis crítico de la complejidad psicopatológica tanto biológica como sociocultural (29). Esta homogeneización reduccionista puede ser una respuesta a las crecientes necesidades de los mercados sanitarios, a las tendencias de medicalización y a la globalización de la salud mental, pero es también una amenaza a la diversidad y complejidad de la vida de personas y comunidades, característica esencial de la especie humana (30).

EL ENCUENTRO CLÍNICO-TERAPÉUTICO: RELACIONES DE PODER ASIMÉTRICAS Y AMBIGÜAS

En el consultorio médico, espacio singularmente equipado para el encuentro entre el médico y el paciente, la complejidad total de los contextos psiquiátricos se desarrolla de manera implícita y sutil. El paciente busca atención enfatizando sus

experiencias o las de otros alrededor suyo; al hacerlo, ya se encuentra en una posición cognitivamente desventajosa. El diálogo es asimétrico ya que el clínico es quien hace las preguntas y delimita el marco de la conversación (31). Con las categorías diagnósticas como moldes a seguir, el facultativo analiza lo que mira o escucha y lo recorta, rechaza, modifica, interpreta o cualifica. Se trata, sin duda, de una «relación de poder» que devalúa la complejidad del ser del paciente y lo limita a ser solo portador de conductas que pasan a ser formalmente identificadas, predecibles y sujetas a medidas de control (32).

El sentimiento de certeza en cuanto al significado y valor «universal» de nuestra comprensión de la normalidad genera, asimismo, la convicción de que todo lo que hacemos como profesionales es por el bien del paciente (33); esta justificación ética, esta brecha de poder y este contexto de «desempoderamiento institucionalizado» pueden llevar al paciente a un nivel de vulnerabilidad cargado de no pocos riesgos (34). Se constituye un ambiente de ambigüedad y subsecuente imprevisibilidad que, cuando no es juiciosamente manejado, puede agravar aún más la situación del paciente si se consideran, por ejemplo, opciones de hospitalización urgente. La convicción, muchas veces sincera pero mal planteada de que el paciente está siendo protegido de sí mismo, puede hacer de los mensajes clínicos barreras absolutas para con las expresiones espontáneas, preguntas o eventuales demandas, protestas o explicaciones del paciente (35). El clínico puede incluso interpretarlas como parte del cuadro primario y reforzar sus iniciales elaboraciones diagnósticas mediante un proceso de retroalimentación circular (25, 28).

FRAGILIDAD DE LAS «EVIDENCIAS» EN LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

La epidemiología psiquiátrica describe y operacionaliza los llamados criterios de inclusión y exclusión, un inventario de rasgos de comportamiento fáciles de objetivar que caracterizarían el diagnóstico. Puede utilizar un instrumento, normalmente una encuesta con listas de elementos que se deben buscar, pero, sobre todo, con preguntas al paciente sobre sensaciones, sentimientos, emociones y otros procesos experienciales internos. Luego las respuestas se organizan y reconstruyen como categorías diagnósticas. Frecuencias y asociaciones se correlacionan estadísticamente para estimar la prevalencia poblacional y otros indicadores que podrían ayudar en las conexiones causales y predicciones clínicas (36).

Uno de los principios básicos de la ciencia estadística supone que muchos de los fenómenos de la naturaleza ocurren regularmente, son recurrentes y siguen un patrón repetitivo. Una vez develado este patrón de regularidad a través de la observación de una determinada cantidad de hechos (muestra), se puede predecir que otros fenómenos, que comparten las características de la observación original o forman parte del mismo conglomerado, pueden ser identificados, extrapolados con márgenes relativamente bajos de error estadístico y asumidos como válidos para el resto de la población. En otras palabras, la ocurrencia de un fenómeno está asociada a la ocurrencia de otros y, a partir de ese punto, se pueden hipotetizar eventuales relaciones causa-efecto.

No obstante, las ciencias estadísticas y epidemiológicas son cuidadosas y «tímidas» al formular sus declaraciones o conclusiones (36). Si bien las extrapolaciones o inferencias se estiman matemáticamente, un enfoque epistemológico siempre entraña riesgos conceptuales. Delinear formulaciones causales es siempre tarea más compleja que la de elaborar meras asociaciones estadísticas, por lo que los resultados son probabilísticos, provisionales, referenciales y siempre interpretables según diferentes contextos. De hecho, la información se genera en unos contextos y se utiliza en otros, un «salto epistemológico» considerable, favorecido por una variedad de conceptualizaciones de la ciencia positivista (inductivismo, falsacionismo, relativismo, etc.) (37). Muchas «certezas» no provienen de validaciones epistemológicas, sino de los contextos sociales, económicos y políticos de producción, distribución, circulación y consumo, en el marco de una verdadera industria de la información en salud (38), con componentes psiquiátricos incluidos. Desde esta perspectiva, la impresión que emerge acerca de la epidemiología psiquiátrica es la de un manejo duro de cuestiones «blandas» o poco estructuradas, una cobertura «rigurosa» de entidades débiles, o un manejo simplificado de temas complejos.

El análisis de estas objeciones fue elaborado de manera convincente por Duncan Pedersen: «La investigación epidemiológica requiere capacidades interdisciplinarias, conocimiento de los determinantes sociales de la salud mental y de las complejas interrelaciones entre las desigualdades sociales y la salud mental. Exige el uso de metodologías de investigación (tanto cualitativas como cuantitativas) bien adaptadas a países de recursos limitados, de sensibilidad en las negociaciones interculturales y de competencia en el desempeño de roles y expectativas

por parte de socios y participantes de y en países de bajos y medianos ingresos» (comunicación personal, 15 de julio de 2015).

ENFOQUES E INTERVENCIONES CLÍNICAS LIMITADAS Y LIMITANTES

A lo largo de su historia, la psiquiatría ha aplicado diversos enfoques para cumplir con una variedad de tareas, manteniendo y desarrollando las bases epistemológicas de una disciplina moderna (39). Desde el punto de vista biológico, se va conociendo gradualmente más acerca de las capacidades estructurales y funcionales del cerebro y su vinculación con áreas conductuales, afectivas y cognitivas, cambiando con ello algunas expresiones y conceptualizaciones de la función mental (40). Por ejemplo, el desarrollo de la psicofarmacología es todavía modesto, ya que altera un subconjunto limitado de mecanismos cognitivos mediados por unos pocos neurotransmisores para reducir el sufrimiento y «reparar» parcialmente procesos asociados con psicosis, ansiedad, depresión y otras condiciones clínicas (41). Sin embargo, existen amplias áreas de fenómenos mentales mórbidos que no pueden modificarse o modularse adecuadamente mediante intervenciones farmacológicas, por ejemplo, trastornos por abuso o dependencia de sustancias, en los que las intervenciones son solo leve o moderadamente eficaces e inducen fuertes efectos adversos (42).

En el campo psicosocial, la psiquiatría ha explorado numerosos escenarios mediante un trabajo conjunto, relativamente fuerte y estrecho, con las ciencias sociales y conductuales (43). Algunas de estas interacciones se centran en comportamientos específicos, en tanto que otras manejan emociones, relaciones interpersonales o cuestiones culturales (44), y aun otras exploran las dimensiones más profundas de la mente (45); a su vez, algunas intervenciones son más directivas y otras más participativas.

Las exigencias de simplicidad, estandarización, cuantificación y aplicabilidad de escalas, impuestas por la globalización de la salud mental, determinan que los agentes psicofarmacológicos y las técnicas de psicoterapia, debidamente tamizados por los filtros positivistas de la ciencia moderna (46), se conviertan en las intervenciones psiquiátricas preferidas. Algunas técnicas o enfoques parecen haber alcanzado más legitimidad, no necesariamente asociada a la eficacia o aceptación social, sino al cumplimiento de formalidades metodológicas (47). Esta perspectiva es operacionalizada por ensayos clínicos controlados, procedimientos localizados en las raíces de una

psicofarmacología o de una psicoterapia simplificada, en definitiva, de una psiquiatría simplificada que se está haciendo cada vez más hegemónica (48). El debate epistemológico sobre los ensayos controlados es amplio y acalorado (49), aborda una variedad de cuestiones principalmente metodológicas, es decir, fuertes críticas sobre la selección o «depuración» de las muestras de pacientes a comparar, muchas veces sumamente diferentes de los complejos contextos en los que operan las realidades clínicas, utilizando variables que tienden a maximizar muy pequeños grados de eficacia, y el efecto placebo con un «cero» asignado a la evaluación de intervenciones psiquiátricas, pero con un impacto mucho más complejo en los procesos clínicos (50).

Los dilemas descritos arriba involucran recursos terapéuticos biológicos o psicológicos en el proceso de su conversión en productos o servicios tangibles que puedan ser luego incorporados a transacciones de *marketing*. Esta opción y su creciente práctica están dejando de lado enfoques y experiencias tradicionales, locales y comunitarias (51), todos ellos instrumentos valiosos para la comprensión y fortalecimiento de la salud mental de individuos y comunidades.

EL PAPEL DEL MERCADO Y LA BUROCRACIA EN LA SALUD

El hecho de que la información generada por la epidemiología psiquiátrica y los ensayos clínicos sea sumamente relevante en ámbitos como el de las decisiones administrativas sobre asignación de recursos públicos y privados la convierte en un instrumento de poder por excelencia. Sobre esta base, las reglas a aplicarse pertenecen no solo a dominios metodológicos o epistemológicos, sino también a los ámbitos políticos y económicos. La información es y tiene valor económico y, como tal, se produce, distribuye, intercambia y consume bajo normas del mercado. Dentro de una economía globalizada, es evidente que las reglas de la industria de información tienen un peso significativo en la praxis de la psiquiatría y otras disciplinas médicas. También es evidente que la información, al ser un recurso utilizado por los poderes fácticos, tendrá que seguir las reglas de la política. A su vez, en la coyuntura histórica actual, el peso de los factores económicos en las decisiones individuales y colectivas, y en el dominio y en la expansión de las reglas del mercado en los más variados ámbitos de la vida, los impone drásticamente como factores esenciales en el ejercicio de la política y la epistemología (52).

Como resultado de este proceso, la epidemiología psiquiátrica tiende a manejar de manera deficiente la dinámica de los determinantes sociales. La mente es, así, entendida como una entidad que media la individualidad de los seres humanos y su entorno. Inequidades, discriminación, inseguridad, las múltiples formas o tipos de relaciones interpersonales esconden, detrás de diferentes comportamientos, la responsabilidad y el impacto de sus propias acciones (53). Es así como tienen lugar el cierto entrapamiento de la psiquiatría y, con él, las crecientes limitaciones de su papel social.

CONCLUSIONES

Sobre las bases arriba postuladas, es posible afirmar que, aun cuando la psiquiatría moderna haya alcanzado un alto nivel de consolidación como especialidad médica, goce de alto prestigio en el manejo de muchos problemas de salud y sea el soporte fundamental de la salud mental global, presenta, hoy en día, vulnerabilidades epistemológicas, tales como limitaciones importantes en su propósito de objetivar la subjetividad, imposibilidad de situarse al margen de las relaciones de poder, ser permeable a ideologías y teorías parciales o parcializantes, no poder dar cuenta ni deslindar claramente los determinantes sociales, tener que afrontar el reduccionismo inevitable de tecnologías biológicas y psicoterapéuticas, y ser sumamente sensible a los imperativos del mercado y la política.

Vale la pena señalar, sin embargo, que estas vulnerabilidades epistemológicas (positivistas) de la psiquiatría son a la vez oportunidades o instrumentos de intermediación entre las ciencias médicas «duras» (basadas en evidencias empíricas y estadísticamente demostrables) y el escenario vital (la vida) con sus diversos significados y sentidos. De allí la necesidad de desarrollar una psiquiatría prudente, no impositiva (*vis-a-vis*, sus cuestionables certezas), comprensiva —en el sentido de representar lo más abarcativa y objetivamente posible la complejidad de las vivencias humanas— y dialogante —en el sentido de siempre pasar por los tamices de intersubjetividad, interculturalidad, interdisciplinaridad y participación activa de los usuarios (54)—. Históricamente, resulta evidente que América Latina, cuna de cosmovisiones ancestrales que sobreviven a siglos de colonialismo, es un contrapeso importante y ofrece, por lo tanto, una perspectiva cuestionadora y balanceada en relación con el hemisferio norte, cultor de una «modernización» permanente, muchas veces soberracionalista o racionalizadora. En

este sentido, la psiquiatría latinoamericana refuerza el concepto de que es no solo justificable sino claro y necesario trabajar hacia un giro más humano en nuestra disciplina, más cercano a la gente, a los pacientes que sufren y que, por lo tanto, tienen derecho a buscar estabilidad anímica, integridad y felicidad. Todo ello lo percibía con visión nítida y lúcido *insight* nuestro respetado amigo y maestro, Duncan Pedersen.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría: Ambos autores participaron paritariamente en la elaboración y redacción del presente artículo.

REFERENCIAS

1. Lolas-Stepke F. Salud mental global: perspectivas socioculturales y éticas. *Acta Bioeth* [Internet]. 2016; 22(1): 7-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100001>
2. Kirmayer LJ, Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcult Psychiatry* [Internet]. 2014; 51(6): 759-776. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1363461514557202>
3. Castillo-Martell H. Horizontes epistemológicos de la psiquiatría: objetivando la subjetividad. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2014; 77(2): 78-85. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v77i2.1149>
4. Berrios GE. Descripción cuantitativa y fenómenos psicopatológicos. En: Guimón J, Mezzich JE, Berrios GE, editores. *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1989. pp. 16-19.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 2010.
6. Black DW, Grant JE. Guía del DSM-5 TM: el complemento esencial del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5). Washington, DC: Publicaciones Psiquiátricas Estadounidenses; 2014.
7. Polat A, Tiemeier H. Epidemiología psiquiátrica moderna: el reto de la investigación de los factores de riesgo. *Eur Psychiatry* (Ed. esp.) [Internet]. 2005; 12(6): 315-317. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1134066500009334>
8. García de Frutos H. Neurociencias y psicoanálisis: consideraciones epistemológicas para una dialéctica posible sobre la subjetividad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2011; 31(4): 661-678. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000400005>
9. Kleinman A, Estrin GL, Usmani S, Chisholm D, Márquez PV, Evans TG, et al. Time for mental health to come out of the shadows. *Lancet* [Internet]. 2016; 387(10035): 2274-2275. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30655-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30655-9)
10. Arjadi R, Patel V. Q&A: Scaling up delivery of mental health treatments in low and middle income countries: interviews with Retha Arjadi and Vikram Patel. *BMC Med* [Internet]. 2018; 16(1): 211. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1209-1>
11. Cea Madrid JC. Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo. *Psicol Conoc Soc* [Internet]. 2018; 8(2): 50-70. Disponible en: <https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.4>
12. World Bank Group. Healing Minds, Changing Lives. A Movement for Community-Based Mental Health Care in Peru. Delivery Innovations in a Low-Income Community, 2013-2016 [Internet]. Lima y Washington, DC: World Bank Group; 2018. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/407921523031016762/Healing-minds-changing-lives-a-movement-for-community-based-mental-health-care-in-Peru-delivery-innovations-in-a-low-income-community-2013-2016>
13. World Bank; World Health Organization. Report of Proceedings of Event "Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority" [Internet]. Washington, DC: World Bank Group; 2016. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/events/2016/03/09/out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-priority>
14. Cohen A, Patel V, Minas H. A brief history of global mental health. En: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince MJ, editores. *Global Mental Health: Principles and Practice* [Internet]. New York: Oxford University Press; 2013. pp. 3-26.
15. Alarcón RD. Salud mental y salud pública en el Perú: ya es tiempo de actuar. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2015; 78(1): 1-2. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v78i1.2354>
16. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://www.afro.who>

- int/sites/default/files/2017-06/9789243506029_spa.pdf
17. Saavedra J, Paz V, Vargas H, Robles Y, Pomalima R, González S, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe general. Anales de Salud Mental [Internet]. 2013; 29(Supl. 1). Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3197.pdf>
 18. Duero DG, Shapoff V. El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico. Rev CES Psicol [Internet]. 2009; 2(2): 20-48. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/895>
 19. Rodríguez-Vásquez J. Internamiento e inimputabilidad en el derecho penal peruano: *statu quo* y crítica. Rev MPD [Internet]. 2016; (11): 149-161. Disponible en: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r37676.pdf>
 20. Pedersen D. Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat [Internet]. 2009; 55(1): 39-50. Disponible en: <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/Estigma-y-exclusi%C3%B3n-social-en-las-enfermedades-mentales.pdf>
 21. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. Cuicuilco [Internet]. 2009; 16(45): 163-189. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v16n45/v16n45a8.pdf>
 22. Worrall J. Normal Science and Dogmatism, Paradigms and Progress: Kuhn 'versus' Popper and Lakatos. En: Nickles T, editor. Tomás Kuhn. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. pp. 65-100.
 23. Peruzzo L (entrevistador). O realismo científico de Mario Bunge. Rev Filos Aurora [Internet]. 2017; 29(46): 353-361. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7213/1980-5934.29.046.ENO1>
 24. Berríos GE. Psiquiatría y sus objetos. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2011; 4(4): 179-182. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.09.001>
 25. Rivas-Rodríguez M, Reed GM, First MB, Ayuso-Mateos JL. Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2011; 29(2): 130-137. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/130-137>
 26. Flores O. Psiquiatría política: patologías de Estado. Caleidoscopio [Internet]. 2005; 9(18): 7-33. Disponible en: <https://doi.org/10.33064/18crscsh337>
 27. Huertas R. En torno a la construcción social de la locura: Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2011; 31(111): 437-456. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300004>
 28. Foucault M. La evolución de la noción de «individuo peligroso» en la psiquiatría legal. En: Foucault M. La vida de los hombres infames. La Plata: Editorial Altamira; 1996. pp. 103-117.
 29. Lolas F. Diagnóstico psiquiátrico: rótulo, trastorno, comorbilidad. Rev Méd Chile [Internet]. 2000; 128(7): 705-707. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000700001>
 30. Aquino-Moreschi A. La subjetividad a debate. Sociológica [Internet]. 2013; 28(80): 259-278. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3050/305029973009.pdf>
 31. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006; 29(Suppl 3): 7-17. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original1.pdf>
 32. Mendoza A. La relación médico-paciente: consideraciones bioéticas. Rev Per Ginecol Obstet [Internet]. 2017; 63(4): 555-564. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>
 33. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Paternalismo médico. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013; 35(2): 144-152. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n2/tema06.pdf>
 34. Almarcha A. Goffman, Erving (1972), Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Papers [Internet]. 1977; 6: 198-215. Disponible en: <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v6n0.957>
 35. Forcades i Vila T. La medicalización de los problemas sociales. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012; 38(Supl. 5): 803-809. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38s5/sup13512.pdf>
 36. Almeida-Filho N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
 37. Chalmers AF. ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Una valoración de la naturaleza y el estatuto de la ciencia y sus métodos. Madrid: Siglo XXI; 1994.
 38. Breilh J, Granda E. Epidemiología y contrahegemonía. Soc Sci Med [Internet]. 1989; 28(11): 1121-1127. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90004-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90004-X)

39. Villagrán JM. La crítica de la psicopatología solo tiene sentido desde la psicopatología crítica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2002; 22(82): 75-85. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n82/n82a07.pdf>
40. Figueroa G. Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica: «Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie». *Rev Chil Neuro-psiquiatr* [Internet]. 2006; 44(2): 134-146. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v44n2/art06.pdf>
41. Grande LF. Implicaciones de la neurociencia. Psicofármacos e identidad: entre la cultura y la biología. *Pensamiento* [Internet]. 2016; 71(269): 1309-1321. Disponible en: <https://doi.org/10.14422/pen.v71.i269.y2015.015>
42. Ribé-Buitrón JM. La trastienda de la psicofarmacología: el influjo biopsicosocial sobre la psicofarmacología en los procesos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos depresivos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2010; 30(3): 447-464. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n3/07.pdf>
43. Mendoza-Bermúdez C. Sociología y salud mental: una reseña de su asociación. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2009; 38(3): 555-573. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615422012.pdf>
44. Lewis-Fernández R, Krishan Aggarwal N, Baarnhielm S, Rohlof H, Kirmayer LJ, Weiss MG, et al. Culture and psychiatric evaluation: operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry* [Internet]. 2014; 77(2): 130-154. Disponible en: <https://doi.org/10.1521%2Fpsyc.2014.77.2.130>
45. Rojas C. Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea. *Salud Ment* [Internet]. 2012; 35(3): 181-188. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n3/v35n3a1.pdf>
46. Miranda M. El impacto del positivismo en la psicología. *Bol Cient Esc Super Atotonilco Tula* [Internet]. 2014; 1(1). Disponible en: <https://doi.org/10.29057/esat.v1i1.1408>
47. Fernández-Liria A. Algunas reflexiones sobre la práctica pública y la integración de las psicoterapias. *Rev Psicopatología y Psicol Clín* [Internet]. 1999; 4(3): 203-213. Disponible en: <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/04.19993.Fernandez.pdf>
48. Luque R. Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría. *Rev Latinoam Psicopatol Fund* [Internet]. 2015; 18(3): 566-571. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n3p566.12>
49. Ugalde A, Homedes N. Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio. *Salud Colectiva* [Internet]. 2011; 7(2): 135-148. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2011.369>
50. Okuda M, Blanco C. Generalizabilidad o validez externa de los ensayos clínicos en psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010; 39(Supl. 1): 143S-152S. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a10.pdf>
51. Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Sal Pública* [Internet]. 2019; 36(2): 326-333. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>
52. Míguez P. Del *General Intellect* a las tesis del «capitalismo cognitivo»: aportes para el estudio del capitalismo del siglo XXI. *Bajo el Volcán* [Internet]. 2013; 13(21): 27-57. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/286/28640302003.pdf>
53. Binimelis-Espinoza H, Roldán A. Sociedad, epistemología y metodología en Boaventura de Sousa Santos. *Convergencia* [Internet]. 2017; 24(75): 215-235. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v24n75/1405-1435-conver-24-75-00215.pdf>
54. Alarcón-Guzmán RD, Castillo-Martell H. The role of community mental health in a new architecture of world psychiatry and global mental health. *Salud Ment* [Internet]. 2020; 43(5): 235-240. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v43n5/0185-3325-sm-43-05-00235.pdf>