

¿PROBLEMAS DE SALUD MENTAL O TRASTORNOS MENTALES?: UNA DISTINCIÓN ILUSORIA

MENTAL HEALTH PROBLEMS OR MENTAL DISORDERS?: AN ILLUSORY DISTINCTION FÉLIX COVA

FÉLIX COVA

Universidad de Concepción, Chile.
fecova@udec.cl

En el campo de la salud mental se distingue entre “problemas de salud mental” y “trastornos mentales”. Desde la perspectiva del modelo médico dominante, se asume que los trastornos mentales serían condiciones bien definidas, a diferencia de los primeros. Se considera habitualmente, asimismo, que diagnosticar un trastorno mental es una guía útil para identificar quién requiere tratamiento. Ambos supuestos son discutidos en este artículo. Se plantea que la distinción entre problema de salud mental y trastorno mental es menos nítida de lo que se tiende a asumir y que es erróneo identificar el diagnóstico de un trastorno mental con necesidad de tratamiento. Se argumenta que una respuesta adecuada a las desafíos que tienen las sociedades contemporáneas en el ámbito de la salud mental requiere trascender el modelo médico dominante y un distanciamiento de las categorías diagnósticas de trastornos mentales al uso. Se plantea que estas categorías, además de tener escaso sustento científico y poca utilidad práctica, favorecen la psicopatologización de la sociedad, con sus graves consecuencias.

Palabras claves: modelo médico-psicologización-psicopatologización-necesidad de tratamiento

In the field of mental health, it distinguishes between “mental health problems” and “mental health disorders.” From the perspective of the prevailing medical model, it is assumed that mental disorders are well-defined conditions, unlike the former. It is also normally felt that diagnosing a mental disorder is a useful guide to identify those who require treatment. Both assumptions are addressed in this article. It is argued that the distinction between mental health problems and mental disorders is less clear-cut than is often assumed and that it is wrong to identify the diagnosis of a mental disorder with the need for treatment. It is argued that a suitable response to the challenges in the mental health area that today’s societies face requires going beyond the prevailing medical model and distancing from the diagnostic categories of mental disorders that are currently in use. It is put forward that these categories, aside from having limited scientific basis and little practical use, favor social psycho-pathologization, along with its serious consequences.

Keywords: medical model-psychologizing – pathologization-need to treatment

INTRODUCCIÓN

A fines de los años 40' puede reconocerse la cristalización, al menos inicial, de lo que puede denominarse "campo de la salud mental" (Wu, 2021). Este campo se fue configurando por la relativa imbricación de un conjunto diverso de disciplinas, políticas, instituciones, profesiones, entre otros, en torno a este objeto de difusa caracterización. Uno de los factores que motivó su constitución fue el interés de diversos actores de trascender el acento en lo que hasta ese entonces se denominaba enfermedad mental o psiquiátrica, para generar una mirada amplia respecto al bienestar psicológico de las personas (Galende, 2015).

Este nuevo campo se constituyó en tensión con el modelo médico dominante de las dificultades y sufrimientos psicológicos. Este modelo, hegemónico en la psiquiatría a lo largo de su historia, ha dialogado siempre con dificultades con las aproximaciones al sufrimiento psicológico más contextuales y reticentes a la posibilidad de trasladar al ámbito de la comprensión del comportamiento humano, por muy inhabitual o perjudicial que sea, los modos de entendimiento y acción propios de la medicina (M.Pérez, 2021). En los años 60' y 70' las críticas al modelo médico fueron acusadas y generaron, también en la propia psiquiatría, cuestionamientos intensos. La psiquiatría optó por reaccionar a estos cuestionamientos por la vía de radicalizar su carácter y enfoque médico. Esta opción, apuntalada por los desarrollos de la psicofarmacología y de las neurociencias, resultó exitosa en término de que permitió a la psiquiatría recuperar reconocimiento social (Lieberman, 2015). El campo de la salud mental en su conjunto no fue ajeno a este aparente éxito y se vio ampliamente hegemonizado en las últimas décadas

por los modos de entendimiento y de acción de esta psiquiatría acentuadamente medicalizada (Bracken y Thomas, 2012).

Una forma en que se manifestó la irradiación de esta psiquiatría medicalizada sobre el conjunto del campo de la salud mental fue en la aceptación a-crítica que este hizo de la noción de trastorno mental. Desde hace algunas décadas, se hizo más frecuente en la psiquiatría hablar de trastornos mentales que de enfermedades mentales. Esta segunda expresión tiene explícitas connotaciones médicas y biológicas. En ese sentido, el cambio de término fue positivo; sin embargo, este reemplazo terminológico no supuso un cambio sustantivo, sino solo de denominación. Los supuestos conceptuales que han estado tras el uso del término trastorno mental son análogos a los presentes tras el término enfermedad mental, aunque sean menos aparentes (Cooper, 2004). Por el contrario, a través de su denominación como trastornos mentales se produjo una extensión subrepticia de los supuestos de la idea de enfermedad a la creciente diversidad de problemas que se fueron convirtiendo en objeto de interés de la psiquiatría (Rose, 2020).

En la psiquiatría contemporánea los trastornos mentales han sido concebidos como términos "técnicos", donde cada trastorno es entendido como una categoría diagnóstica específica que permite, supuestamente, identificar una forma de sufrimiento psicológico diferenciable y poseedora de una serie de atributos característicos. El lenguaje de la mayoría de las disciplinas de la salud mental, y no solo de la psiquiatría, asumió en las últimas décadas estos supuestos, y los criterios y pautas diagnósticas de los trastornos mentales señalados por los remozados sistemas de clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (el Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición, DSM-III por sus siglas en inglés, y sus sucesores; APA, 1980) y de la Organización Mundial de la Salud (el capítulo respectivo de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en sus ediciones décima y décimo primera, CIE-10 y CIE-11, por sus siglas en castellano; OMS, 1992, 2019), se volvieron obligatorios para la conceptualización, la investigación y el diseño de políticas públicas en el ámbito de la salud mental (Lieberman, 2015).

El campo de la salud mental, al medicalizarse, privilegió a las diferentes categorías diagnósticas de trastorno mental como los conceptos centrales con los cuales analizar las dificultades y sufrimientos psicológicos (Galende, 2015). Lo que no podía ser conceptualizado con alguna de estas categorías comenzó a ser aludido como “problemas de salud mental” o “problemas psicológicos”, términos que han empezado a recibir más atención recientemente.

Este artículo tiene por propósito discutir la forma en que habitualmente se distingue el uso de los términos problemas de salud mental y trastornos mentales. Es clarísimo que la noción de problemas de salud mental es muy vaga y no deja claro a qué alude, cuáles son sus límites ni la importancia ni significado de aquello que denota. Lo que no está suficientemente reconocido, sin embargo, por la aceptación, tácita o explícita, del modelo médico dominante, es que la noción de trastornos mentales presenta dificultades análogas y que, por tanto, la distinción entre ambos términos es menos útil de lo que parece.

Las críticas de la conceptualización medicalizada del sufrimiento psicológico y problemas relacionados, de la noción de trastorno mental y de las maneras como los

trastornos mentales son definidos en las conceptualizaciones dominantes, tiene una larga y amplia tradición (Ingleby, 1981; Bracken y Thomas, 2017). Las perspectivas de la salud mental comunitaria o el enfoque de determinantes sociales de la salud mental son dos de estas tradiciones críticas de particular relevancia (Rosa-Dávila y Sierra, 2020; Lund et al., 2014). Sin embargo, el impacto de las perspectivas críticas en lo que pudiéramos llamar el campo de la salud mental “real”, en los modos de entendimiento y acción de los servicios de salud mental, ha sido y es limitada. Lo propio sucede en los ámbitos institucionales y formadores dominantes en salud mental. Si bien es habitual que en el conjunto del campo se aluda a que el modelo de base es bio-psico-social, en los hechos predomina un modelo no solo médico sino que médico biólogo (Deacon, 2013). Ciertamente, el predominio de este modelo es mayor en la psiquiatría que en las otras disciplinas del campo de la salud mental, pero en ellas es igualmente influyente.

El interés de este artículo en explicitar los supuestos infundados en que descansa la distinción habitual que se realiza entre problemas de salud mental y trastornos mentales no corresponde solo a un purismo terminológico sino que alude un tema que surge en el quehacer cotidiano en salud mental y que tiene implicancias prácticas. El propósito fundamental es hacer visible que el uso de las categorías diagnósticas no resuelve la ambigüedad que supone hablar de problemas de salud mental y que tampoco permite identificar quién necesita tratamiento. Atribuir a los diagnósticos de trastornos mentales un poder del que carecen, además de afectar las prácticas de atención en salud mental, favorece a la ya extendida psicopatologización de la sociedad.

Este artículo está organizado, en lo que sigue, del

siguiente modo: a continuación se analizará críticamente la conceptualización dominante de los trastornos mentales y se fundamentará por qué no son lo que habitualmente se acepta que son. Luego se comentará en qué contextos es frecuente que se utilice actualmente la noción de problemas de salud mental y las ventajas y desventajas de su empleo. El apartado siguiente estará destinado a algunas consideraciones para abordar el tema de quién necesita tratamiento, que es una de las justificaciones que se le suele dar a la diferenciación entre problemas de salud mental y trastornos mentales. Finalmente, se plantearán algunas reflexiones de cierre, contextualizando el tema de este artículo en la necesidad más amplia de superar el modelo médico dominante en el campo de la salud mental.

TRASTORNOS MENTALES

Tras la crisis que en los 60' y 70' vivió la psiquiatría, logró hacerse hegemónica la corriente que recibió el nombre de "neokraepeliana". Para esta corriente, la psiquiatría debía volver a auto-concebirse como una especialidad médica más, centrada en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, entendidos como un análogo de las enfermedades "físicas" (Klerman, 1978). En concordancia con lo planteado por Kraepelin en las postrimerías del siglo XIX e inicios del XX, los trastornos mentales debían ser concebidos como entidades bien definidas, a las que, inicialmente, dada la carencia de conocimientos de sus sustratos biológicos, habría que reconocer solo por sus formas de manifestación observables y por su curso temporal; su base explicativa biológica sería identificada a futuro pero debía darse por supuesta su presencia (Bentall, 2011).

La corriente neokraepeliana optó, en consecuencia,

por caracterizar de modo descriptivo, "no etiológico", "ateórico" y lo más operacional posible distintos patrones de experiencia, desarrollo y/o comportamiento que afectan negativamente el bienestar psicológico y desenvolvimiento de las personas, y rubricó estos patrones bajo la denominación de "trastornos mentales". Cada uno de los patrones que se distinguió se transformó en una categoría diagnóstica particular de trastorno mental para la cual se establecieron criterios diagnósticos muy específicos (en la clasificación DSM) o pautas diagnósticas (en el capítulo respectivo de la CIE). Estos criterios o pautas se derivaron de la forma y ámbito donde se expresaban las dificultades; en otras palabras, se trataba de criterios o pautas fundamentalmente "síntomáticos", los que se constituyeron en la esencia de las categorías diagnósticas.

Si los patrones de experiencia, desarrollo o comportamiento son comprensibles o no de acuerdo a las circunstancias que se experimentan, o se han experimentado, y a la historia personal, si son aprendidos o no, no es así relevante en estos criterios o pautas diagnósticas establecidas. Tampoco, como ya se señaló, la demostración de alguna anomalía biológica podía ser un criterio explícito, pues se reconocía la imposibilidad de identificarlos de momento. Este modo de conceptualización radicalizó aspectos ya considerados en la tradición histórica de la psiquiatría y fue extendido al conjunto de problemas que podían ser objeto de atención en los servicios de salud mental (Wakefield, 2017). Como resultado, un abanico amplísimo y heterogéneo de "problemas de la vida" que se consideró susceptibles de ser diferenciados de esta manera fueron rubricados como "trastornos mentales". Tanto la ausencia de deseo sexual, dificultades para dormir, ideas delirantes, conductas infantiles hostiles

y desafiantes hacia los adultos, temores diversos, consumos dañinos de sustancias psicotrópicas, por dar algunos ejemplos, fueron englobados bajo la rúbrica heteróclita de trastorno mental si satisfacían el conjunto de indicadores que se establecieron para sus diagnósticos (C.Pérez, 2012; Rose, 2020).

Los criterios y pautas diagnósticas del DSM y CIE así establecidos consideraron grados de persistencia y de gravedad de las dificultades para caracterizar ciertos trastornos específicos o para distinguir algunos trastornos de otros, pero no es la persistencia ni la gravedad lo definitorio de la presencia de un trastorno mental, tal como éstos son entendidos en estos manuales diagnósticos que homogeneizaron el lenguaje del campo de la salud mental. Cabe recordar, solo como ejemplo ilustrativo, que un trastorno depresivo mayor exige una duración de solo dos semanas del estado depresivo para que el diagnóstico ya sea posible (DSM-5; APA, 2013). Por cierto, se estableció que los patrones deben tener alguna importancia, “significación clínica”, pero sin darle un claro sentido a este enunciado. Esta forma de concebir los trastornos mentales es la que se ha mantenido en las sucesivas ediciones del DSM y de la CIE. En la cuarta edición del DSM (APA, 1994) se estableció que un criterio diagnóstico que debía satisfacer cada categoría de trastorno mental es que las dificultades experimentadas generaran malestar clínicamente significativo o impedimento en el funcionamiento en algún ámbito de la vida; este criterio adicional se mantuvo en el DSM-5 y está presente, aunque de modo menos explícito, en la CIE-11 (OMS, 2019). A veces se considera que el valor del concepto de trastorno mental estaría dado por este criterio adicional. Es cierto que este criterio dota de cierta especificidad relativa a la idea de trastorno

mental. Sin embargo, el valor de este criterio es muy relativo, dados los muy distintos niveles de malestar o impedimento que pueden considerar como, sobre todo, porque la existencia de un malestar o impedimento no implica necesariamente que este deba ser resultado de un trastorno (Wakefield et al., 2017).

Los trastornos mentales, luego de la revolución neokraepeliana, fueron siendo aceptados como si aludieran a entidades bien definidas, pese a que no se ignoraba que la validez de las categorías diagnósticas no había sido establecida. El enorme cúmulo de investigación que empezó a realizarse usando esas categorías generó la esperanza que irían siendo depuradas progresivamente y que su base científica podría ser, finalmente, demostrada con los avances que se logran. Estas esperanzas han sido más bien defraudadas (Phillips, 2013, Demazeux et al., 2015), pero, sin embargo, hasta ahora, este fracaso solo ha horadado parcialmente la confianza en el uso de estas categorías.

Cada trastorno mental pretende aludir a una condición particular y bien definida pero a nivel superficial: el diagnóstico de la presencia de un trastorno mental específico en una persona en base a los criterios y pautas establecidas no implica la identificación ni de mecanismos causales ni de procesos exclusivos de las supuestas condiciones diagnosticadas, sino solo el reconocimiento de que lo que le ocurre a la persona calza con las características atribuidas a una categoría diagnóstica preestablecida. El modelo médico y biomédico a la base de la formulación de las categorías ha buscado su validación mayoritariamente en el plano neurobiológico, sin resultados relevantes. El retorno al descriptivismo meramente “sintomático” que hubo tras las intenciones de hacer un cambio de paradigma en

la elaboración del DSM-5, con el propósito de darle un sustento neurobiológico a la caracterización de los trastornos mentales, es un ejemplo elocuente del fracaso de esta pretensión (Paris, 2015).

Intentando contrarrestar estas críticas, se ha señalado que no debiera confundirse un uso “constitutivo” de los criterios y pautas diagnósticas con un uso solo “indicativo”: los criterios y pautas ayudarían a identificar trastornos (uso indicativo), pero los trastornos no debieran estar definidos por estos criterios y pautas (lo que correspondería a un uso constitutivo). Desde la perspectiva de Kendler, psiquiatra e investigador de alta influencia en la actualidad, el campo de la salud mental habría cometido en las últimas décadas el grave error de usar de forma inadecuada, entonces, las pautas y criterios diagnósticos, los que debieran ser usados solo de modo indicativo, y han sido tratados como “constitutivos”. Satisfacer los criterios diagnósticos de un trastorno no implicaría, entonces, tener ese trastorno, sino que esos criterios solo sugerirían la presencia de la condición diagnosticada, la que tendría un significado propio (Kendler, 2017).

La necesidad de hacer explícita esta diferenciación entre uso indicativo y uso constitutivo de los criterios diagnósticos resulta reveladora del nivel de confusión que existe respecto de cómo entender el diagnóstico de trastornos mentales. En principio, no debiera ser necesaria una aclaración tan básica como esta: sería injustificado tratar de diagnosticar condiciones que no tienen un significado al margen de los criterios que permiten identificarlas. No obstante, como el propio Kendler señala, el uso constitutivo ha sido el dominante. Pese a su valor, la propuesta de este autor no resulta viable en el estado actual del conocimiento: no existe

una conceptualización reconocida de qué serían los trastornos mentales al margen de las pautas y criterios que se usan para definirlos. Ello supondría como paso previo, la construcción de una nueva psicopatología, o una revalorización de lo mejor de la psicopatología pasada. Aunque existen muy diversos planteamientos y desarrollos en esta dirección, ninguno tiene amplio reconocimiento (Galende, 2015).

Las categorías de trastornos mentales “realmente existentes”, tal como están concebidas y siendo usadas en el campo de la salud mental, no solo no son una contribución sustantiva a la clínica e investigación en salud mental sino que generan una serie de efectos iatrogénicos a nivel social. Uno de los principales es su contribución a la psicopatologización de la sociedad contemporánea. La psicopatologización social es considerada un problema severo por muy diversos autores (Bergey, 2018; Charland, 2013; Frances, 2013; Wakefield, 2017). Es el resultado de la diseminación amplia de una forma particular de interpretación de las diversas dificultades que enfrentamos los seres humanos al vivir. Según esta interpretación, el malestar, el sufrimiento psicológico, las conductas consideradas desadaptativas, son una expresión de problemas de salud mental y, en particular, de trastornos mentales, que requieren de “diagnósticos” y “tratamientos” especializados (típicamente farmacológicos, pero no solo farmacológicos). La psicopatologización favorece la etiquetación de las personas como “portadoras” de trastornos mentales de un tipo u otro y le da sustento al abuso masivo y riesgoso de medicaciones psicotrópicas, que se ha vuelto habitual y más allá de toda racionalidad terapéutica (Frances, 2013). Kenneth Gergen (1996) habló hace ya décadas en esta dirección, aludiendo a la existencia de una “cultura

del déficit" (Gergen, 1996), la que no ha hecho más que continuar expandiéndose en los años posteriores. La psicopatologización ha sido resultado tanto de la ampliación del alcance del modelo médico a diversas dificultades de las personas, como de un proceso más global de "psicologización" de las dificultades humanas y de expansión de una mirada fragilizada y fragilizadora del ser humano, que sobreentiende que este no tiene capacidad de afrontar adversidades y que considera al malestar y sufrimiento, per se, como patológico (Fassin y Recthman, 2009; Furedi, 2004; De Voz, 2013).

La manera de entender los trastornos mentales por los sistemas diagnósticos al uso no solo ha favorecido la psicopatologización por la vía de la proliferación de nuevas categorías de trastornos a que ha dado lugar, sino por la sobreinclusividad intrínseca de sus criterios y pautas diagnósticas. Al juzgar básicamente la presencia o no de "síntomas" con escasa atención al contexto y a los factores que inciden en la expresión y reconocimiento de esos "síntomas", satisfacer los criterios y pautas diagnósticas es relativamente sencillo, en particular, para aquellos trastornos que aluden a modos de reacción y comportamientos humanos altamente frecuentes (Wakefield, 2017).

Ello es nítidamente observable en las abultadas cifras de prevalencia de trastornos mentales que obtienen los estudios epidemiológicos que usan estos criterios y pautas diagnósticas en población general (Horwitz y Wakefield, 2006). Dos ejemplos elocuentes de esto son el estudio de Dunedin, donde se observó que a los 32 años la tasa de prevalencia de vida de trastornos depresivos sería de 41,4% y la de trastornos ansiosos de 49,5% (Moffitt, 2010). El estudio de cohorte de Great Smoky mostró que a los 21 años un 61,1% de los participantes

había cumplido los criterios de un trastorno mental bien especificado, y un 21,4% adicional había cumplido con los criterios para un trastorno mental no especificado, obteniéndose una prevalencia acumulada total de cualquier trastorno mental en base a criterios estandarizados a esa edad de 82,5% (Copeland et al., 2011). Estos resultados indican que el temor de algunos autores de que el DSM-5 hará que el 100% de la población sea considerado con un trastorno mental no parece lejano. Es importante destacar que los estudios recién citados son longitudinales, y se estima que ellos permiten obtener resultados más válidos que los habituales estudios retrospectivos, los que también, en todo caso, han mostrado elevadísimas tasas (Cova et al., 2020).

Un factor que ha incidido en el escaso cuestionamiento que han producido las muy altas cifras de trastornos mentales de los estudios epidemiológicos basados en los criterios diagnósticos dominantes, es que tienen utilidad como herramienta política para la obtención de más recursos para el campo de la salud mental (Saraceno, 2018). Estas cifras son el sustento de la denominada "brecha de tratamiento" entre quienes reciben tratamientos y quienes se estiman debieran recibirlos. La existencia de esta brecha da sostén a uno de los principales argumentos para demandar el incremento de los recursos para los servicios de atención de la salud mental (Patel y Prince, 2010). Las consecuencias de estar connotando como trastornos situaciones que sería más pertinente y útil considerar de otro modo, sin las connotaciones individualizantes, biologizantes y reificantes de la idea de trastorno mental, han sido solo analizadas por investigadores críticos con escasa influencia masiva.

La forma como los trastornos mentales son entendidos y diagnosticados con los criterios y pautas al uso

contradice el imaginario de que los trastornos mentales son necesariamente problemas serios y relativamente persistentes, claramente observables, que trascienden el control de las personas y que no que tienen fácil y espontánea resolución, al menos no sin apoyo especializado (Frances, 2013). Hay una clara contradicción entre este imaginario y la forma como en la práctica están siendo concebidos y diagnosticados los trastornos mentales, pese a que, paradójicamente, este imaginario ha permanecido. Corroborando esta contradicción, estudios de seguimiento de personas que cumplen los criterios diagnósticos de diferentes trastornos han mostrado elevadas tasas de recuperación espontánea solo meses después del diagnóstico. Wang et al. (2016) observaron un 50% de recuperación espontánea en personas con diagnósticos de trastornos mentales comunes al seguimiento de un año. Otro estudio (Spijker et al., 2002) observó que el 50% de las personas que cumplían con los criterios diagnósticos de trastornos depresivos en la línea base se recuperaron sin tratamiento a los tres meses. Estos resultados ponen en duda la afirmación de que los trastornos depresivos son una condición grave, recurrente y con tendencia a cronificarse sin tratamiento, indicando que, en casos no infrecuentes, las personas que satisfacen los criterios de este diagnóstico no se ajustan a esta caracterización. Sin embargo, estos criterios y pautas diagnósticas son las que guían la práctica diaria de los profesionales del campo de la salud mental, las que organizan los procedimientos de tamizaje, las que inspiran los diagnósticos; es con ellos que se estiman la prevalencia y carga de los trastornos y se estima si las personas requieren tratamiento y qué tipo de tratamiento (Horwitz y Wakefield, 2009; Rose, 2020).

En un contexto psicopatologizado como el que vivimos, si bien se espera que los especialistas no usen de modo mecánico los criterios y pautas diagnósticas, el juicio clínico también está estimulado hacia la sobreinclusividad diagnóstica. La extendida psicopatologización de la depresión y, actualmente, de las oscilaciones anímicas, de la ansiedad, de los problemas atencionales, de los problemas conductuales, de formas de interacción social, ha permitido que distintas condiciones sean consideradas “trastornos mentales”, cuando más bien se trata de una masiva etiquetación diagnóstica de experiencias y comportamientos humanos frecuentes cuya consideración como “trastornos mentales” es, en no pocas ocasiones, enmascarador de cuál es el abordaje que sería más pertinente para ellas (Frances, 2013). Incluso el autismo, trastorno considerado atípico por antonomasia, con prevalencias de 1 a 4 en 10.000 cuando comenzó a ser estudiado sistemáticamente, ya es hoy casi un “trastorno mental común”, con prevalencias que alcanzan hoy hasta el 3% o más, bajo el rótulo de trastorno del espectro autista (Runswick-Cole et al., 2016).

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Naturalmente, la noción de “problemas de salud mental” es todavía más imprecisa que la de trastorno mental. Sin embargo, esa imprecisión tiene algo a su favor: no se trata de un concepto que tenga la pretensión de tener un sentido “técnico” y, a poco que se repare en él, queda claro que solo corresponde a una denominación genérica de dificultades de muy diversa naturaleza. No tiene la connotación biológica que subyace a la noción de trastorno mental. Ello no quita que también el uso abusivo de la idea de problema de salud mental puede

contribuir a la psicopatologización social, aunque, tal vez, de modo menos directo. Con mayor facilidad incluso que trastorno mental, problema de salud mental puede referirse a casi todo, como se puede observar que está sucediendo en la actualidad.

Hay diversos términos que se usan en el mismo sentido que problemas de salud mental y que tienen similares virtudes y limitaciones: problemas o dificultades psicológicas, conductas desadaptativas, desajustes psicológicos, malestar emocional, problemas emocionales, problemas conductuales (aunque estos dos últimos son términos más acotados a “subtipos” de problemas, unos más en la esfera íntima –problemas emocionales o internalizados- y otros en la relación con el entorno –problemas conductuales o externalizados-). Es altamente frecuente que los problemas de salud mental sean mirados desde la perspectiva de la cuantificación de “síntomas” de alguna dimensión “psicopatológica”. De hecho, la forma más frecuente en que hay referencia a problemas de salud mental en la actualidad es por los resultados de aplicación de escalas que miden frecuencia de “síntomas” de algún tipo. Estas escalas en ocasiones son usadas como instrumentos de tamizaje para identificar potenciales personas con “auténticos trastornos”.

La pregunta central es ¿cuándo y en qué contexto estaría justificado considerar a determinados problemas de la vida como problemas de salud mental? (M. Pérez, 2021). Ello puede dar lugar a múltiples interpretaciones, siendo el límite particularmente difuso. Sin duda, muy diversos aspectos de la vida pueden ser legítimamente relacionados con la salud mental. Sin embargo, existe el riesgo de que se connote como “problemas de salud mental” al estrés propio de la existencia humana, a los

malestares sociales y vitales, a los efectos de las adversidades y desafíos propios del vivir, y que tras este uso se deslice la idea de que dramas, conflictos, frustraciones y experiencias dolorosas no serían parte inevitable del paisaje humano. Ello se puede ver fortalecido aún más si se interpreta problema de salud mental con el mismo significado de gravedad que, en el imaginario, se le atribuye a trastorno mental, lo que, si bien no suele ocurrir a nivel de los profesionales, sí ocurre a nivel social más amplio. La homogenización de los diversos “lenguajes del sufrimiento” humano en el vocabulario de la salud mental tiene un riesgo reductor significativo. Por muy amplia que se pretenda que sea la idea de salud mental, inevitablemente la envuelve una atmósfera higienizante y, en el contexto que vivimos, medicalizante y psicologizante, que no da cuenta de la rica textura de la subjetividad humana (Brinkmann, 2016).

El estudio clásico de Manhattan (Srole et al., 1975) mostró hace ya décadas que lo “normal” es experimentar dificultades en la adaptación vital y que la presencia de “síntomas” o problemas psicológicos, es amplia. En ese estudio, casi el 80% de la población informó síntomas reconocibles. Esta ubicuidad de los malestares psicológicos explica en parte el interés de profesionales y actores institucionales del campo de la salud mental en diferenciar problemas de salud mental de trastornos mentales. Sin embargo, con ello se está aceptando el imaginario de que los trastornos mentales serían persistentes, graves, limitadores, poco reactivos a cambios en las circunstancias y en los apoyos naturales que reciban la persona. Dada la aceptación de este imaginario, es frecuente que se considere que la presencia de un trastorno mental supone necesidad de tratamiento profesional.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL

Nada de lo que se ha señalado pretende negar la conveniencia e, incluso, necesidad de algunas personas de recibir apoyo profesional en el ámbito de la salud mental. Por el contrario, un mejor comprensión de las limitaciones de la actual conceptualización de los trastornos mentales es un aspecto importante para concentrar más esfuerzos en algunas personas que tienen dificultades particularmente complejas (Saraceno, 2018).

Lo que sí se ha querido señalar es que establecer quiénes necesitan tratamiento es muy difícil, y que la denominada “brecha de tratamiento” entre los recursos disponibles en los servicios de salud mental y la magnitud de los trastornos mentales no es claramente cuantificable. Los recursos disponibles son generalmente escasos, y en países como Chile, muy escasos. Ello es notorio en la magnitud de la demanda existente, que sobrepasa las capacidades de los equipos de dar respuestas oportunas y adecuadas (Crespo y Machin, 2021). Pero, en rigor, no existe en la actualidad forma alguna de estimar las necesidades de tratamiento en salud mental. Desde luego, el horizonte no puede ser tratar a todos quienes son potencialmente diagnosticables de un trastorno mental de acuerdo a los sobreinclusivas categorías existentes.

Cabe señalar que los propios constructores de sistemas como el DSM nunca pretendieron que sus criterios diagnósticos permitieran identificar a quienes necesitan tratamiento. Alguien puede necesitar apoyo por problemáticas relacionadas con la salud mental y no satisfacer los criterios diagnósticos de un trastorno y, al revés, alguien podría satisfacerlos pero formalizar ese diagnóstico podría ser un error e indicar la necesidad de apoyo profesional, innecesario e incluso contraproducente (Spitzer, 1998).

Desde cierto ángulo, toda persona podría beneficiarse de ciertas formas de apoyo que pueden brindar profesionales del campo de la salud mental. Por otro lado, las necesidades percibidas de tratamiento, en una sociedad psicopatologizada como la nuestra y con tantas expectativas en el rol de los expertos y en los profesionales de la salud mental, solo cabe esperar que sean altas. Al margen de esas consideraciones, ¿para quién puede ser más conveniente o necesario recibir apoyo profesional relativo a su salud mental? Dado el escaso aporte que los diagnósticos de trastornos mentales tienen para comprender la naturaleza de los problemas de una persona, su reducido valor pronóstico y su imprecisa relación con el tipo de tratamiento que sería más pertinente (Bentall, 2011), la decisión debiera ser realizada atendiendo a una evaluación particularizada de cada situación, que considere diversos aspectos. Como elementos para considerar al evaluar quien podría ser particularmente conveniente o necesario que reciba apoyo especializado en salud mental, se proponen los siguientes:

- * La persona experimenta dificultades importantes que están afectando de modo significativo su bienestar y su adaptación vital. Este es el único criterio que sí está considerado, imprecisamente, en el diagnóstico de trastorno mental, pero, por sí mismo, es insuficiente (y tampoco es exclusivo de los trastornos mentales generar malestar significativo e impedimento).
- * Las personas no tienen los recursos personales ni sociales para enfrentar los dificultades que experimentan o no logran movilizarlos.
- * No se observa que con el paso de tiempo las dificultades puedan disminuir sino que, más bien, se estima que se cronificarán o acentuarán.

- * Se observa que la propia actuación de las personas y su modo de enfrentar la situación contribuye a que las dificultades se vayan manteniendo y/o agravando, en un bucle recursivo. En la perspectiva de Marino Pérez (2021), esto sería un elemento particularmente relevante que caracteriza a lo que propiamente se puede considerar un problema psicológico.

Desde luego, estas consideraciones son muy generales, pero resultan un camino más prometedor que la actual confianza en identificar la presencia de trastornos particulares como señal de necesidad de tratamiento. Lo mismo puede extrapolarse a otras situaciones. Un ejemplo destacado es en relación a la identificación de estudiantes con “necesidades educativas especiales” en el contexto escolar. Es injustificado hacer que el reconocimiento de que un estudiante presenta “necesidades educativas especiales” dependa de que se establezca el diagnóstico de determinados trastornos. El diagnóstico es una guía muy frágil de las necesidades que puede tener ese niño y de las características del apoyo que puede ser más útil para él, y tiene un alto riesgo iatrogénico. Mejor dicho, un diagnóstico educativo puede ser mucho más útil y pertinente que uno psicopatológico para decisiones de esta naturaleza (Rose, 2020).

DISCUSIÓN

Existe hoy un cuestionamiento relativamente extendido al modelo médico en salud mental (Deacon, 2013). Sin embargo, este modelo mantiene su posición predominante y, probablemente, será un largo proceso su superación. Los ámbitos de cuestionamiento son diversos. Las graves consecuencias de la “inflación diagnóstica”, en gran medida estimulada y sostenida

por este modelo, son objeto de amplia discusión. La crisis que se desató a propósito de la elaboración y publicación del DSM-5 aceleró el debate internacional sobre la fragilidad en que se sostiene la conceptualización actual de los trastornos mentales (Demazeux, 2015; Wakefield, 2016). La expectativa de que los desarrollos de la investigación genética y del funcionamiento cerebral permitirían establecer que la mayoría de los trastornos mentales tienen una base biológica no ha sido satisfecha, existiendo solo resultados escasos e inconsistentes, y ha mostrado los límites del biologismo dominante en las últimas décadas en la investigación psicopatológica. Se ha reconocido, finalmente, que las ampliamente divulgadas teorías bioquímicas de los trastornos mentales están obsoletas (Harrington, 2019). La confianza desmedida en los psicofármacos da señales de estar mutando hacia el reconocimiento de que muchos de los psicofármacos al uso tienen beneficios limitados y, por el contrario, hay más difusión de los graves efectos iatrogénicos que puede tener su empleo (Moncrief, 2013); una nueva forma de concebir el rol de los psicofármacos existentes se hace necesaria (Yeomans et al., 2015). La revolución medicalizadora de la psiquiatría da señales de agotamiento y la existencia de una nueva “crisis de la psiquiatría” es objeto de creciente debate (Di Nicola y Stoyanov, 2010; Katschnig, 2010), poniendo en tensión a la disciplina que ha sido el principal sostén del modelo médico en salud mental. Estos procesos todavía no afectan suficientemente a las instituciones hegemónicas del campo, pero es difícil pensar que estas puedan permanecer inmunes, más aún cuando la crítica académica está siendo acompañada de un activo movimiento social, donde personas que han

sido usuarias de los servicios de salud mental están teniendo un rol prominente (Beresford y Russo, 2021).

Desde luego, los procesos señalados no son lineales. Sin embargo, es claro que el campo de la salud mental requiere incrementar su reflexión interna y la forma en que está posicionado. El diálogo reflexivo debe abarcar a la sociedad en su conjunto, donde el modelo médico de la salud mental está tan extendido como en los actores institucionales y profesionales del campo (M. Pérez y Fernández, 2008).

En ese proceso amplio, resulta indispensable considerar lo que sido la preocupación específica planteada en este artículo: se requiere una contextualización mayor cuando se alude a los problemas de salud mental y, todavía más, a los trastornos mentales. Continuar utilizando de modo acrítico las conceptualizaciones al uso de los trastornos mentales, y seguir atribuyendo a esas categorías una solidez de la que carecen, resulta contraproducente. Debe asumirse que la distinción entre problema de salud mental y trastorno mental es poco aportadora. Tanto problemas de salud mental como trastornos mentales son términos que aluden a personas que viven situaciones que pueden tener distintos niveles de gravedad y de estabilidad temporal, y que pueden tener distinto grado de necesidades de apoyo. Se pueden usar de modo casi intercambiable. Sin embargo, el término trastorno mental se presta más a interpretaciones erróneas y tiende a remitir a imaginarios que favorecen concepciones y tratamientos biológicos. De allí que autores críticos del modelo médico estén utilizando con más frecuencia problemas de salud mental, u otros términos análogos, y eviten hablar de trastornos (Rogers y Pilgrim, 2021). Sin embargo, tanto uno como u otro término, según sean interpretados,

pueden favorecer perspectivas psicopatologizadoras, aunque el riesgo es nuevamente mayor, por sus connotaciones, con la expresión trastornos mentales. Dado el arraigo de este término, es difícil proponer que se deje de utilizar, pero las expectativas y connotaciones que están inscritas en él deben ser desafiadas. Si se opta por utilizar trastorno mental para condiciones de particular cronicidad y gravedad se debe tener presente que las conceptualizaciones actuales de los trastornos mentales no se limitan a ese tipo de condiciones.

Las implicaciones de cuestionar la distinción entre problema de salud mental y trastorno mental no son solo relevantes para los profesionales sino también para favorecer que la población en su conjunto, hoy día atenta y sensibilizada respecto de la salud mental, pueda ser partícipe activa del debate social en torno a ella. El concepto de trastorno mental tiende a connotar un campo preestablecido, supuestamente bien definido y donde la voz de los expertos parece la única pertinente. En ese debate amplio es importante estimular la reflexión crítica respecto del modelo médico y “desnaturalizar” la forma en que, desde él, se entiende el sufrimiento mental.

Sin duda, lo señalado en este artículo no es particularmente original. Sin embargo, se ha intentado dar cuenta de aspectos que no siempre son tematizados explícitamente, de importancia para los distintos desafíos que están planteados en la actualidad. El campo de la salud mental debe recuperarse de la colonización que ha vivido por parte del modelo médico y recuperar y profundizar otras perspectivas y lenguajes, que le permitan dar cuenta más ampliamente de las diferentes formas de preocupaciones, frustraciones, ansiedades y sufrimientos de las personas. Una humanidad que discute sobre la salud mental colectiva es una valiosa oportunidad,

pero el predominio existente del modelo médico puede contribuir a que ese proceso termine reforzando la expansión de la psicologización y psicopatologización de la sociedad, con graves consecuencias.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor no declara conflicto de interés

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.).
- American Psychiatric Association [APA] (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
- Bentall, R. (2011). *Medicalizar la mente ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Herder.
- Beresford, P., y Russo, J. (Eds.) (2022). *The Routledge international handbook of mad studies*. Routledge.
- Bergey, M. (2018). The changing drivers of medicalisation. En B. Cohen (Ed.), *Routledge International of Critical Mental Health*. Routledge,
- Bolton, D. (2013). What is mental illness. En K.W. Fuldord, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanguellini y T. Thorton (Eds.), *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (pp. 434-450). Oxford University Press.
- Bracken, P., y Thomas, P. (2017). Reflections on critical psychiatry. En Cohen, B. (ed), *Routledge international handbook of critical mental health* (pp. 98-106). Routledge.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ..., y Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434.
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures*. Routledge.
- Charland, L. (2013). Why psychiatry should fear medicalization? En K.W. Fuldord, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanguellini y T. Thorton (Eds.), *the Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (pp. 159-175). Oxford University Press.
- Cooper, R. (2004). What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15(1), 5-25.
- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E. J., y Angold, A. (2011). Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: A prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 252-261. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.014>

- Cova, F., Rovengno, C., Saldivia, S., Novoa, C., & Grandón, P. (2020). Psychiatric epidemiology, conceptualisation of mental disorders and psychopathologisation: A critical analysis. *Cogent Psychology*, 7:1. <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1847384>
- Crespo, J.L. y Machin, R. (2021). Medicalisation in public primary mental health care services in Chile. *Social Theory & Health*, 19, 309-330. 1-22. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00130-4>
- Di Nicola, V. F., y Stoyanov, D. (2020). *Psychiatry in crisis: at the crossroads of social sciences, the humanities, and neuroscience*. Springer Nature.
- De Vos, J. (2013). *Psychologization and the subject of late modernity*. Springer.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861.
- Demazeux, S. (2015). The ideal of scientific progress and the DSM. En S. Demazeux, y P. Singy (Eds.), *The DSM-5 in perspective* (pp. 3-24). Springer.
- Fassin, D., y Rechtman, R. (2009). *The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*. Princeton University Press.
- Fernández, A. (2018). *Locura de la Psiquiatría*. Desclee de Brouwer.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Ariel.
- Furedi, F. (2004). *Therapy Culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*. Routledge.
- Galende, E. (2015). *Conocimientos y prácticas de salud mental*. Lugar.
- Harrington, A. (2019). *Mind fixers. Psychiatry's troubled search for the biology of mental illness*. Norton & Company.
- Katschnig, H. (2010). Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, 9, 21.
- Kendler, K. S. (2017). DSM disorders and their criteria: how should they inter-relate? *Psychological medicine*, 47, 2054-2060.
- Klerman, G. (1978). The evolution of a scientific nosology. En J. Shershow (Ed.), *Schizophrenia: Science and Practice*. Harvard University.
- Horwitz, A., y Wakefield, J. C. (2009). Should screening for depression among children and adolescents be demedicalized? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(7), p. 683-687.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2006). The epidemic in mental illness: Clinical fact or survey artifact? *Contexts*, 5(1), 19-23.
- Ingleby, D. (1982). Comprender las enfermedades mentales. En D. Ingleby (Ed.), *Psiquiatría Crítica* (23-86). Grijalbo.
- Lieberman, J. (2015). *Historia de la Psiquiatría*. Ediciones B.
- Lund, C., Stansfeld, S., y De Silva, M. (2014). Social determinants of mental health. En V. Patel, H. Minas, A. Cohen y M. Prince (eds), *Global Mental Health* (pp. 116-136). Oxford University Press.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B.J., Polanczyk, G., y Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, 40(6), 899-909.
- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (Décima Edición). Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Capítulo 6 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*. <https://icd.who.int>
- Paris, J. (2013). The ideology behind DSM-5. En J. Paris, y J. Phillips (Eds.), *Making the DSM-5* (pp. 39-46). Springer.
- Patel, V., and M. Prince. 2010. Global mental health: A new global health field comes of age. *Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1976-1977. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.616>.

- Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Lom Ediciones.
- Pérez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*. Alianza.
- Pérez, M., y Fernández, J. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Phillips, J. (2013). The conceptual status of DSM-5 diagnoses. En J. Paris y J. Phillips (Eds.), *Making the DSM-5* (pp. 143-157). Springer.
- Rogers, A., y Pilgrim, D. (2021). *A sociology of mental health and illness* (6th ed.). McGraw-Hill.
- Rosa-Dávila, E., y Mercado-Sierra, M. A. (2020). Salud mental comunitaria: una explicación del modelo. *Voces desde el Trabajo Social*, 8(1), 272-290. <https://doi.org/10.31919/voces.v8i1.227>
- Rose, N. (2020). *Nuestro futuro psiquiátrico*. Ediciones Morata.
- Saraceno, B. (2018). *Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Herder.
- Srole, L., Langer, T.S., Michael, S.T., Opler, M.K., Rennie, T.A, y Fischer, A. K. (1975). *Mental health in the metropolis*. McGraw-Hill.
- Spijker J., de Graaf, R., Bijl R.V., Beekman, A.T., Ormel J., y Nolen, W. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181, 208-13. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.208>
- Spitzer, R. (1998). Diagnosis and need for treatment are not the same. *Archivos General of Psychiatry*, 55, 120-120. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.2.120>
- Runswick-Cole, K., Mallett, R., y Timimi, S. (2016). *Re-thinking autism: Diagnosis, identity and equality*. Jessica Kingsley Publishers.
- Yeomans, D., Moncrieff, J., y Huws, R. (2015). Drug-centred psychopharmacology: a non-diagnostic framework for drug treatment. *BJPsych Advances*, 21, 229-236. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.013094>
- Wakefield, J.C. (2017). The measurement of mental disorder. En T. Scheid y E. Wrigth (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health* (pp. 20-44). Cambridge University Press.
- Wakefield J.C. (2016). Diagnostic Issues and Controversies in DSM-5: Return of the False Positives Problem. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 105-32. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112800>
- Wakefield, J.C., Schmitz, M. F. y Baer, J. C. (2010). Does the DSM-IV clinical significance criterion for major depression reduce false positives? Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 298-304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040553>
- Wang, Y. Q., Henriksen, C. A., ten Have, M., de Graaf, R., Stein, M. B., Enns, M. W. y Sareen, J. (2017). Common Mental disorder diagnosis and need for treatment are not the same: findings from the NEMESIS study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*, 44(4): 572-581. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0745-2>
- Wu, H. (2021). *Mad by the millions: mental disorders and the early years of the World Health Organization*. MIT Press.