

TRES MODOS DE MERCANTILIZACIÓN EN LA SALUD MENTAL: SERVICIOS DE ATENCIÓN, MEDICALIZACIÓN Y AUTOAYUDA

Three modes of commodification in mental health: care services, medicalization and self-help

Miño Armijos Edison Paúl ¹, Pozo Añazco José Andrés ²

¹ Universidad Andina Simón Bolívar

² Universidad Andina Simón Bolívar

* emino@est.ups.edu.ec
josepozo16@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1169-5701>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2584-4440>

Resumen

El presente estudio se fundamenta ontológica y epistemológicamente en la medicina social/salud colectiva latinoamericana (MS/SCL). Se parte de una metodología cualitativa de revisión bibliográfica en dos fases: en la primera se identificaron solo publicaciones en español en cinco plataformas de artículos académicos y en la segunda se completó la muestra con artículos en inglés y español extraídos de otras dos plataformas. En el desarrollo se exponen las tres formas más comunes en que la salud mental de los ciudadanos deja de ser un servicio o un bien social y se vuelve una mercancía escasa y con alto valor de cambio: primero, los servicios de atención en salud mental públicos y privados; segundo, la medicalización de la salud mental a través de la articulación de Gobiernos, farmacéuticas y profesionales de la salud mental; tercero, la trivialización de la salud mental a través de la autoayuda o coaching. Al mismo tiempo que se desarrolla cada una de esos tres aspectos, también se realiza su discusión, para dejar en las conclusiones el balance general de la cuestión. El objetivo es evidenciar la mercantilización de la salud mental en las dimensiones local, regional y mundial, y demostrar que, si bien no es nuevo, ha existido una radicalización y modernización de este fenómeno en el siglo XXI, gracias a los avances en las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) y a la pandemia por COVID-19.

Palabras Clave: Salud mental colectiva, mercantilización, medicalización psiquiátrica, autoayuda.

Abstract

This study is ontologically and epistemologically based on Latin American Social Medicine/Collective Health (LASM/CH) movement. It is based on a qualitative methodology of bibliographic review in two phases: in the first, only publications in Spanish were identified in five platforms of academic articles and in the second, the sample was completed with articles in English and Spanish extracted from two other platforms. In the development, the three most common ways in which the mental health of citizens ceases to be a service or a social good and becomes a scarce commodity with a high exchange value are exposed: first, public and private mental health care services; second, the medicalization of mental health through the articulation of Governments, pharmaceutical companies and mental health professionals; third, the trivialization of mental health through self-help or coaching. At the same time that each of these three aspects is developed, their discussion is also carried out, to leave in the conclusions the general balance of the issue. The objective is to demonstrate the commodification of mental health in the local, regional and global dimensions, and to prove that, although it is not new, there has been a radicalization and modernization of this phenomenon in the 21st century, thanks to the advances in the new information and communication technologies (ICT) and the COVID-19 pandemic.

Key words: Collective Mental Health, Commodification, Psychiatric Medicalization, Self-Help.

1. Introducción

Para quienes no se hallan familiarizados con el movimiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana (MS/SCL), del cual forma parte el Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar (UASB-Ecuador), vale comenzar diciendo que se trata de una corriente de pensamiento crítico frente a la salud pública y la epidemiología tradicionales, que se compone de diversos paradigmas que tomaron fuerza desde la segunda mitad del siglo XX, y que concibe a la salud desde una perspectiva dialéctica, transdisciplinaria y socialmente determinada, más allá del binarismo cartesiano salud-enfermedad (1) (2). Al tratarse de una corriente crítica, la MS/SCL recibe una fuerte influencia conceptual del pensamiento marxista y neomarxista, por lo que uno de sus postulados es denunciar la “cosificación” y “mercantilización”, tanto de la salud como de la naturaleza (1) (2).

Así, llamamos “mercantilización de la salud mental” al fenómeno por el cual un bien social —o valor de uso— como la salud se transforma en una mercancía de la cual, cierto grupo de personas, obtiene un “plusvalor”, por medio de la “subsunción real” de dicho bien social —y de quienes lo practican— bajo las lógicas del capital (3) (4).

En este sentido, el presente artículo muestra tres formas en que la salud mental de la población se ha mercantilizado y se ha convertido en un “valor de cambio”, sin compromiso ni responsabilidad social: 1) los servicios de atención públicos y privados, 2) la medicalización de la salud mental y 3) la autoayuda o coaching. Nuestro objetivo es evidenciar la presencia de este fenómeno en las dimensiones local, regional e internacional, y demostrar que, si bien no es nuevo, ha existido una radicalización y modernización del mismo en el siglo XXI, gracias a los avances en las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) y la pandemia por COVID-19.¹

2. Metodología

El estudio se planteó con metodología cualitativa, usando la técnica de la revisión bibliográfica. El muestro se realizó en las siguientes bases de datos científicas: SciELO, Dialnet, Google Scholar, Academia, Redalyc, Jstor y Elsevier. Para la búsqueda se utilizaron las siguientes combinaciones de palabras clave, extraídas del Tesauro UNESCO: “salud mental + mercantilización”, “salud mental + medicalización psiquiátrica”, “salud mental + autoayuda” y “salud mental + *coaching*”. La razón por la que se escogió solo estas combinaciones de términos y no otras fue la necesidad de extraer una muestra representativa de fuentes, por separado, para cada una de las tres categorías en las que se divide el presente estudio: servicios de atención públicos y privados, medicalización psiquiátrica y autoayuda o *coaching*.

¹ Si bien fue posible hallar bibliografía, estadísticas y estudios de caso para el ámbito ecuatoriano sobre el primer aspecto (servicios de atención públicos y privados), se comprobó que, sobre los dos restantes, no existe ese tipo de información en Ecuador.

La búsqueda produjo varias decenas de resultados. De forma que se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: fecha de publicación, ubicación geográfica y tipo de estudio. Así, se excluyeron todos los estudios de caso, por ser de corto alcance, para favorecer las revisiones bibliográficas más generales y las investigaciones originales más amplias con muestras de más de 1000 individuos. Para la primera categoría de análisis se excluyeron todos los trabajos antes de 2015, para la segunda categoría todos aquellos antes de 2000 y para la tercera los anteriores de 2020. Este trato diferenciado se justifica en la naturaleza distinta de los tres fenómenos revisados, aunque sus consecuencias sobre la salud mental sean las mismas, en lo que respecta a su mercantilización como bien de consumo. Finalmente, se excluyó aquellos trabajos que no pertenecían al contexto latinoamericano.

Luego de este proceso solo 21 textos fueron viables, considerando que un criterio de exclusión involuntario fue el recurrir solo a fuentes de acceso libre. Así, se optó por recurrir a la estrategia de “bola de nieve”, es decir, revisar la bibliografía de los documentos viables para ubicar más trabajos relacionados, pero esta vez provenientes de Norteamérica y España, especialmente en la segunda y tercera categorías, que eran las que menos representatividad bibliográfica tenían en el contexto nacional y regional. Así se completó la muestra definitiva de treinta documentos, además de los textos y la información referencial para llevar a cabo la discusión.

3. Resultados y Discusión²

3.1. Los servicios de atención psicológica

En el Ecuador existe la disposición de que todo centro de salud que atienda a una población con más de 10 000 habitantes debe contar con el servicio de psicología (5), sin embargo, muchas veces esta condición no se cumple. Según cifras oficiales (del INEC y el RAS) de 2018, en Ecuador hay “23,44 médicos, 3,12 odontólogos, 0,93 psicólogos; 14,54 enfermeras; 1,35 obstetricas y 10,19 auxiliares de enfermería, por cada diez mil habitantes” (6), es decir, en el promedio nacional no se cumple con el mínimo de atención psicológica. Por otro lado, varios estudios e informes, como el *Global Health Watch: In the Shadow of the Pandemic* (7), confirman que en la última década ha subido progresivamente la demanda mundial de atención en salud mental y que a partir de la pandemia por COVID-19 este aumento fue exponencial. Esto deja a la estimación del MSP de un psicólogo por 10 000 habitantes como obsoleta e insuficiente.

Otro hecho importante es que, desde 2013, empezó en el Ecuador un proceso de “desinstitucionalización psiquiátrica”, siguiendo las disposiciones del Acuerdo de Caracas (14 de noviembre de 1990) para vaciar los manicomios públicos y fomentar la atención comunitaria de las personas que se hallaban en estas instituciones. Así fue como cerró sus puertas el centenario manicomio de Qui-

² Aunque la política editorial de *Killkana Salud y Bienestar* las plantea como dos partes separadas, la estructura de este estudio realiza en cada uno de sus tres subtemas el respectivo desarrollo y discusión.

to: Hospital Psiquiátrico San Lázaro y los antiguos pacientes fueron reubicados, en su mayoría, con familiares o conocidos, aunque varios de ellos terminaron simplemente en las calles. Sin embargo, ni el Gobierno “progresista” de Rafael Correa ni sus sucesores de “derecha”, han abierto, hasta la fecha, espacios públicos de descanso mental; más bien las congregaciones religiosas, como las hermanas hospitalarias en Quito, asumieron esa responsabilidad social olvidada por el Estado. Y aunque no son gratuitos estos servicios implementados por la Iglesia, ciertamente sus costos son asequibles para la clase media-baja (10 USD la consulta y 500 USD la semana de internación, que puede ser menos, dependiendo de la condición socioeconómica del paciente); algo que no sucede en las clínicas privadas de descanso mental, donde el valor de las consultas comienza en 40 USD y las internaciones en 300 USD por día (8).

Esta realidad de descuido estatal y lucro económico de la empresa privada se ratifica en el *Global Health Watch*, que presenta una radiografía de los sistemas de salud a nivel mundial, luego de la pandemia del COVID-19, y aborda varios aspectos que son criticables sobre el tratamiento de la salud en los distintos países. Una de esas críticas está dirigida a la austeridad fiscal que, desde la crisis financiera de 2008, se apoderó de las políticas de salud en los países desarrollados y subdesarrollados. Ahora bien, si a eso le sumamos que “mental health has historically been the Cinderella issue in global health” (7), podemos hacernos una idea sobre el descuido que existe a nivel mundial en cuanto a servicios de atención psicológica, incluso en el primer mundo.

Según el *Global Health Watch*, la salud mental ha sido relegada a un segundo plano en los sistemas de salud públicos y es un “lujo” acudir a psicoterapia en los países más pobres (7). En el mundo, al menos el 10 % de la población tiene padecimientos de salud mental sin atender y en los países pobres apenas el 5 % de quienes necesitan atención psicológica la reciben, aunque el descuido es grande también en los países ricos, donde solo la tercera parte de quienes lo necesitan son atendidos en este sentido (7). Finalmente, se afirma que existen dos razones principales para estos descuidos de la salud mental: ausencia de profesionales suficientes y preparados, y un estigma social al admitir que se tiene un padecimiento psicológico (7). Esto se contrasta con el hecho de que el suicidio es la principal causa de muerte entre los jóvenes menores de 24 años (7).

Ratificando esa perspectiva, en una investigación reciente, realizada por un psicólogo en la ciudad de Quito, se halló que de las 21 empresas aseguradoras que sí ofertan servicios de asistencia médica, el 41 % no ofrece atención psicológica en sus planes de cobertura, el 24 % sí lo hace y en las restantes se omite esa información (8). A esto se suma que en las tres empresas donde se hizo el estudio de caso, solo los planes más costosos incluyen cobertura en el rubro de la salud mental y por un valor máximo de 20 USD por cada sesión de terapia, a una sesión por semana. En las conclusiones de este trabajo se menciona que “las aseguradoras no consideran a la salud mental, ni la atención psicológica como rama de la salud importante para brindar coberturas, vemos que es un privilegio en una aseguradora poseer cobertura de atención psicológica y en otras aseguradoras ni siquiera en sus planes más costosos consideran la cobertura en atención de lo mental” (8).

Así, la salud mental en la capital ecuatoriana parece ser tener un alto valor de cambio para las empresas privadas que administran estos servicios, pues la han convertido en una mercancía poco

alcanzable —en el mejor de los casos— porque en el peor, simplemente la han ignorado incluso de sus ofertas más costosas.

También es interesante que, en el estudio de caso con tres empresas aseguradoras, Rivera Jiménez identificó 17 planes de aseguramiento, de los cuales solo cinco incluían salud mental, pero en ninguna de esas empresas se contaba con una lista de los padecimientos a nivel psicológico que requieran más cuidado o atención (como sí sucede con las enfermedades fisiológicas) (8).

Volviendo al sistema público, la Organización Panamericana de la Salud (9) afirma que en Latinoamérica el gasto en salud mental representa entre el 0,2 % (países de bajos ingresos) y el 8,6 % (países de altos ingresos) del presupuesto general de salud. Esto se corrobora en Ecuador, que en 2021 invirtió nueve veces menos en salud mental que las demás naciones de la región: “En América Latina, la inversión per cápita en salud mental apenas promedia \$13,8 al año; pero en Ecuador la cifra llega solo a \$1,5 anuales” (10). Entonces, si ni a las aseguradoras privadas les interesa la salud mental —con pocas excepciones que la han convertido en un privilegio— no es de sorprenderse que con los Gobiernos suceda lo mismo.

En cuanto a las consecuencias de este descuido y sus posibles soluciones, es remarcable que el diagnóstico recurrente sea: “Menos salud mental, menos productividad laboral” (10), tanto en nuestro país como en artículos de España o Perú (11) (12). En todas estas fuentes se hace una cuantificación monetaria de lo que pierde el Estado y el individuo en términos de productividad al no prestar atención a la salud mental. De allí que la solución propuesta por todos sea la misma: aumentar el acceso al servicio, es decir, que haya más profesionales de la salud mental y que se atiendan a más personas.

Este tipo de enfoques sobre los problemas psicológicos, como es de esperarse, no solucionan el problema, por ello los países con mejores índices de bienestar económico y acceso a los servicios de salud mental (el noreste de Europa o Japón) tienen, al mismo tiempo, las tasas más altas de suicidio a nivel mundial (13). Es por ello que se debe aprovechar esta crisis del sistema de salud mental para implementar soluciones no tradicionales, ya que estas se concentran en las estadísticas y miden el éxito de un programa de salud por el número de consultas atendidas. Ciertamente, la asignación de presupuestos es un factor crucial para que estas soluciones alternativas se vuelvan políticas públicas, pero no es el factor más importante y eso lo pudimos comprobar en el caso ecuatoriano.

A partir de 2006, en Ecuador, hubo un cambio ideológico en la política pública, cuando los Gobiernos de Alfredo Palacio y Rafael Correa aumentaron radicalmente el presupuesto del gasto público (585,8 % entre los años 2000 y 2012), especialmente para el sector salud, que pasó del 1,57 % del PIB en 2008 al 2,17 % en 2014 (14), lo cual trajo un aumento de 135,8 % en el volumen de consultas externas atendidas por médico (15). “En ese marco de expansión de la cobertura y crecimiento de programas asistenciales, se acentuaron las exigencias al personal y se crearon condiciones para una multiplicación de distintos mecanismos de sobrecarga laboral, todo lo cual produjo un giro negativo en las condiciones psico-sociales del personal” (15). Fue un giro negativo porque este

aumento en las exigencias a los médicos no vino acompañado “de una política de atención efectiva a las condiciones de trabajo del personal y su protección ante el crecimiento de la demanda” (15). Esta situación nos debe llevar a una reflexión. Los Gobiernos “progresistas” se caracterizan por promocionar políticas públicas asistencialistas que se basan en el aumento del gasto público, pero que solo atacan el síntoma visible, por tanto, el problema original no solo se mantiene latente debajo de esa inversión de recursos, sino que surgen, además, nuevas problemáticas. En el ejemplo citado, esto derivó en el *burnout* de los médicos ecuatorianos desde antes de la pandemia.

Teniendo en cuenta que la materialización del “Estado de bienestar” no parece estar relacionada con una mejor calidad de vida emocional y afectiva de las personas, y teniendo en cuenta que aumentar exponencialmente los presupuestos de la salud no termina de solucionar sus problemáticas y crea otras adicionales; entonces, es justo pensar que la crisis mundial de la salud mental no es una cuestión exclusiva del sujeto individual o del presupuesto invertido. En ese sentido, tanto la MS/SCL como la psicología social comunitaria (PSC) (16) (17) (18), pueden aportar soluciones no tradicionales y más efectivas.

3.2. La medicalización de la salud mental como negocio

Si bien en el caso ecuatoriano no fue posible hallar estudios específicos respecto a este tema, tenemos referentes cercanos en Latinoamérica (23) (24) (25) (26), y otros más paradigmáticos en España y EUA. Este último país es donde más material crítico sobre la medicalización psiquiátrica existe: desde documentales, películas, novelas y reportajes,³ donde se cuentan decenas de casos particulares de gente que fue víctima de la confluencia entre Gobierno, farmacéuticas y profesionales la salud mental; hasta importantes estudios críticos —de carácter histórico y científico— que cuestionan la utilidad y la eficacia misma de los medicamentos psicoactivos, así como sus muchos efectos secundarios que son ignorados por los consumidores (19) (20) (21) (22).

Desde que terminó la Edad Media, se pasó de creer que las afecciones mentales eran “cosa del Diablo” a creer que eran consecuencia de lesiones en alguna parte del cerebro. “The early attempts to biologise mental disorders sought explanation in faulty neuroanatomy, brain abnormalities that could be detected post mortem” (19). Esta creencia llevó a que el tratamiento de enfermos mentales desarrollara la lobotomía y los electrochoques como técnicas para “corregir” los cerebros, hasta que en los años 50 del siglo XX la psiquiatría hizo dos descubrimientos: “The identification of the first of the many chemical neurotransmitters that carry signals from neuron to neuron across the synapses; and the accidental discovery of the calming effects of chlorpromazine (originally developed for treating post-surgical shock) on distressed patients” (19).

Una simple observación nos lleva a identificar por qué estos descubrimientos no son precisamente una casualidad: en la sociedad los enfermos mentales eran tradicionalmente considerados por debajo incluso de los presos, por ende, invertir recursos en desarrollos científicos para este grupo era un desperdicio —de ahí la crueldad de las técnicas anteriores a la mitad del siglo XX—. Sin

³ *The Marketing of Madness: Are we all Insane?* (2010), *Take your Pills* (2018), *Prozac Nation* (1994 y 2001), “This Teen Was Prescribed 10 Psychiatric Drugs” (*The New York Times*, 04/09/2022).

embargo, luego de dos guerras mundiales, los países desarrollados fueron los receptores de miles de soldados con diversas afecciones psicológicas y psicosociales. En ese sentido, ya no se trataba de promover la investigación para beneficiar a gente de segundo orden, sino para “curar” a unos “héroes nacionales”. Por ello tampoco es una casualidad que el CIE-1 (1948) y el DSM-1 (1952) hayan sido redactados por primera vez durante la posguerra (27) (28).

Así, la medicalización de la salud mental surge de la conjunción de intereses del Estado, de la industria farmacéutica y de los trabajadores de la salud mental, luego de la Segunda Guerra Mundial y por los mismos años en que Watson y Crick (1953) descubrieron el ADN.⁴ En esta conjunción, el Estado aporta la dimensión epistemológica del problema (los enfermos mentales son un problema social importante, porque quienes padecen estos trastornos son personas socialmente relevantes), el DSM y el CIE aportan la dimensión ontológica (cualquier diferencia entre personas puede ser considerada una enfermedad mental) y la industria farmacéutica aporta la dimensión metodológica (a través de la bioquímica se puede curar toda enfermedad mental).

Esta situación nos lleva a dos reflexiones importantes sobre el tratamiento de la salud mental.

Primero, la investigación y la industria química asumen un protagonismo nunca antes visto, tanto para la salud en general como para las ciencias del comportamiento en particular, pues desde esos años —al menos en sus vertientes positivistas y funcionalistas— la química y las ciencias del comportamiento han tratado, por todos los medios, de reordenar las moléculas desordenadas en los cerebros de los pacientes para que estos vuelvan a ser funcionales. Como apunta Rose: “Each newly identified transmitter in turn became the molecule of the moment, from glutamate and GABA to serotonin. When the single molecule story proved insufficient, attention turned to the possible interactions of several. At a meeting for patients and careers in the 1970s, I shared a panel with a euphoric neuropharmacologist who proclaimed our task was to elucidate the pathway by which ‘a disordered molecule leads to a diseased mind’” (19).

Esto se confirma al ver la existencia de ciertas ONG como National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), creada en 1979 para difundir información por medios especializados sobre enfermedades mentales (sobre todo esquizofrenia), pero que en realidad desprestigia la psicoterapia y, más precisamente, el psicoanálisis: “As one NAMI member later put it: ‘Schizophrenia is an organic, biomedical condition, and is not caused by bad mothers. Remedicalization is what we families want’” (20). Esta postura en una ONG es comprensible cuando vemos que “by 2010, as much as 75 percent of NAMI’s budget came from the pharmaceutical industry” (20). Así las cosas, el triángulo entre la industria bioquímica de los medicamentos psicoactivos, el Estado y las ciencias del comportamiento, desde tempranas épocas —al menos en EUA— se ha escondido tras la máscara de la cooperación internacional para difundir la medicalización de la salud mental.

La segunda reflexión es que desde los años 50 hasta el día de hoy, para la psiquiatría tradicional, no ha cambiado en nada el concepto de que la salud mental de una persona se ubica en el cerebro;

⁴ El médico y sociólogo Peter Conrad fue de los primeros en denunciar la medicalización de la salud mental, desde los años 70. En uno de sus primeros trabajos expone cómo el TDAH fue ingresado en los diagnósticos médicos recién en los 50 y solo desde entonces se empezó a usar medicación psicoactiva en los niños, aunque dichos medicamentos ya existían veinte años atrás y la “hiperactividad” de los menores hasta entonces se resolvía dentro de las dinámicas familiares y comunitarias (29) (30).

tal como si dijéramos que la salud renal está en el riñón o la pulmonar en los pulmones y las vías respiratorias. Incluso es peor aún, porque en la salud fisiológica ya todos sabemos que nuestro cuerpo no está hecho de órganos aislados, sino que es un sistema que funciona en homeostasis conjunta, cuyo equilibrio depende absolutamente de todo lo que le rodea.

Por el contrario, la psiquiatría tradicional sigue concibiendo la salud mental como algo aislado, que está exclusivamente en el cerebro, que está “dañado” y que se debe “arreglar”. Es decir, estamos ante la misma ideología reduccionista que orientó los salvajes tratamientos de antes de los años 50, con la diferencia que ahora ya no se manipula el cerebro con electrodos, cinceles o golpes en la cabeza, sino con herramientas más pequeñas: con moléculas. Ambas formas de proceder son altamente invasivas y se basan en la premisa de usar objetos materiales para meterlos en el cerebro del paciente y esperar que dichos objetos reordenen su funcionamiento.

Es aquí donde cobra importancia la trayectoria del DSM. Simon Wessely, del Royal College of Psychiatrists, afirma que los trastornos contabilizados por este manual pasaron de 227 en los años 80 a 350 en la década de los 90 (31). Sin embargo, Sandín (32) traza un desarrollo más minucioso de las diferentes ediciones del DSM (figura 1).

<i>Versión</i>	<i>Año</i>	<i>Nº de trastornos especificados^a</i>	<i>Nº de trastornos no especificados^b</i>	<i>Nº total de trastornos incluidos</i>	<i>Nº de páginas</i>
DSM-I	1952	106	—	106	130
DSM-II	1968	121	16	137	134
DSM-III	1980	151	31	182	494
DSM-III-R	1987	167	37	204	567
DSM-IV	1994	171	49	220	886
DSM-5	2013	143	73	216	947

Nota: Elaboración propia. No se incluyen subtipos de trastornos mentales (que se determinan a través de especificadores). ^a trastornos cuyos criterios de diagnóstico están especificados en el manual; ^b trastornos sin criterios diagnósticos, referidos como otros trastornos no especificados, trastornos inespecificados, u otros trastornos especificados (fuera del manual).

Figura 1. Evolución del DSM en el número de trastornos mentales incluidos en las diferentes ediciones (32).

Más allá de cuáles sean las cifras reales, lo que se reconoce aquí es la tendencia a incrementar en cada DSM el número de “trastornos” mentales. Como dicen Echeburúa et al., criticando al DSM: “Hay una tendencia errónea por asignar a todos los problemas un nombre clínico, unos síntomas y un tratamiento: es una tendencia que se ve acentuada por el *marketing* de la industria farmacéutica dirigido a médicos y pacientes” (33). Por ello no es una coincidencia que desde la epidemiología crítica latinoamericana se opine algo parecido: “Estos manuales [DSM y CIE] tienden a patologizar y medicalizar eventos frecuentes de la vida cotidiana, diferencias individuales, tendencias de grupos minoritarios, e incluso ciertas prácticas culturales no hegemónicas. La medicalización de la normalidad, la tristeza, la timidez y la infelicidad, entre otras situaciones humanas, no son ajenas a los intereses de transnacionales farmacéuticas” (34).

Asimismo, de los tres modos de mercantilización analizados aquí, este fue el único donde toda la bibliografía revisada tenía una postura crítica similar, a veces más o a veces menos radical (35). Llegando al extremo de que los mismos autores de las distintas ediciones del DSM se muestran críticos con su propio trabajo cuando lo analizan a través del tiempo: “Allen Frances, who had

spearheaded the revision that resulted in DSM-IV, cautioned that efforts then under way to revise the book again were only going to make an imperfect situation considerably worse: the newest revision process, he observed, ‘started with a grand ambition to provide a *paradigm shift* in psychiatric diagnosis, based initially on the identification of biological markers’” (20).

Harrington incluso recoge testimonios de dos redactores del DSM-5: Steven Hyman y Thomas Insel. Aquí se muestra que Insel abandonó su empleo dos años después de ayudar a publicar el DSM-5, en 2015, luego de pasar 13 años en dicho trabajo y de declarar explícitamente que no siente haber logrado nada para resolver un problema acuciante como el suicidio, pues lo único que hizo fue publicar “artículos *cool*” con “científicos *cool*” que costaron 20 billones de dólares (20).

Si existe un conjunto de instituciones científicas, académicas, empresariales, de gobierno y de comunicación, dispuestas a financiar 20 billones USD en 13 años, es comprensible por qué algo tan criticado como el DSM siga siendo instrumento de diagnóstico epidemiológico y de tratamiento clínico en cuanto a salud mental, tanto en países desarrollados como subdesarrollados (34). Se trata de una campaña publicitaria multimillonaria, a nivel mundial, que busca crear enfermedades mentales que le permitan a la industria farmacéutica seguir vendiendo medicamentos.⁵

Este bombardeo publicitario de la enfermedad mental —que se centra en la enfermedad del individuo y no en su salud, ni en el proceso salud-enfermedad, ni mucho menos en sus fuentes ambientales o psicosociales— se puede ubicar también en nuestra región, por ejemplo, en Argentina, donde a través “de los mecanismos de marketing de la industria farmacéutica [...] es posible observar cómo determinadas conductas y/o situaciones que antes no eran medicadas hoy forman parte del tratamiento médico, cuyo principal énfasis se encuentra en la prescripción de fármacos como terapéutica” (23).

Algo similar sucede en Chile (figura 2), donde un estudio demuestra un crecimiento de más del 100 % del gasto público en antipsicóticos y antidepresivos, en solo seis años (24).

Gasto público en psicofármacos (pesos chilenos)		
	Antipsicóticos	Antidepresivos
2011	496.013.600	649.857.921
2012	564.719.150	744.719.025
2013	291.866.500	736.279.915
2014	641.208.260	775.007.034
2015	475.470.649	997.220.876
2016	852.785.735	1.813.907.540
2017	1.090.850.268	1.706.086.185
Total	4.412.914.162	7.423.078.496

Figura 2. Gasto público en antipsicóticos y antidepresivos (2011-2017) (24).

⁵ Unos medicamentos que a veces solo cambian de nombre, porque la patente está por expirar y otras veces son producto de moléculas descubiertas con financiamiento público, en laboratorios privados que ni siquiera aportaron con la mayor parte de la inversión (20).

Por cuestiones de extensión, así como en el apartado anterior no pudimos profundizar sobre la PSC, aquí tampoco hemos podido hablar del movimiento antipsiquiátrico como tal (David Cooper, Ronald Laing y Aaron Esterson) ni de quienes se adscribieron de cierta forma al adjetivo “antipsiquiátrico” (Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Gregory Bateson, Franco Basaglia, entre otros). Valga mencionar solamente que las críticas de estos autores profundizan en los beneficios que hay para la empresa privada y el Estado de patologizar el comportamiento humano y financiar investigaciones de psicoactivos. Usando los términos de Foucault podríamos resumir dichos beneficios en un solo concepto: la “gubernamentalidad” (36).

3.3. El negocio del *coaching* y la autoayuda

En el numeral anterior vimos cómo la salud mental se vuelve un valor de cambio a través de la tríada: Gobiernos, farmacéuticas y ciencias del comportamiento. Aderall, Ritalin, Prozac, Rivotril... son las mercancías de la felicidad, que prometen resolver los problemas psicosociales y psicoafectivos, y aunque se demuestre que no lo logran, la gran máquina publicitaria que han armado estas tres instituciones permite que el negocio siga funcionando y creciendo, pues el Estado, la industria y la academia hegemónica se benefician de esta patologización del comportamiento humano. Sin embargo, hay otro tipo de mercancías que también venden felicidad y que no necesitan la prescripción de un profesional médico. Se trata de los tradicionales productos de autoayuda y su versión posmoderna más estilizada: el *coaching*.

Si los anteriores venden la felicidad desde el empirismo funcionalista, estos lo hacen desde el idealismo ingenuo. Los primeros creen que la salud mental está al alcance de un blíster de tabletas y para lograrlo el sujeto debe “cumplir el tratamiento”, mientras los segundos la ofrecen con un *checklist* de actitudes y para lograrlo el sujeto debe “poner de parte”. Al final, ambas posiciones tienen implícita la idea de que “el enfermo mental que no se cura es porque no quiere”, la cual viene a ser una derivación de la famosa premisa del capitalismo neoliberal: “El pobre es pobre porque quiere”. En otras palabras, ambos paquetes de soluciones para la salud mental culpabilizan al sujeto por su condición y desconocen las vulnerabilidades sociales y ambientales a las que está expuesto.

Paradójicamente, ambos conjuntos de productos se critican y se rechazan mutuamente: los primeros dicen de los segundos que son palabrería y performances sin sustento empírico ni efectividad comprobadas (placebos), mientras que estos critican a los primeros casi con los mismos argumentos que usamos en el numeral anterior... y justamente ahí radica la peligrosidad de la autoayuda, pues en su crítica a la medicalización de la salud mental, muchas veces, se hace pasar por una corriente progresista, de vanguardia, revolucionaria, diferente a lo tradicional. De esta forma, el *coaching* y la autoayuda han enganchado entre sus seguidores a un número cada vez más grande de psicólogos —y algunos psiquiatras—, que pasan a engrosar sus filas, creyendo ingenuamente que ahí está la salida al problema de los psicoactivos.

Sobre la ineficacia de la autoayuda para alcanzar el bienestar emocional se ha escrito tanta bibliografía como sobre el tema anterior. Quizás incluso más, dado que algunos testimonios dicen que la autoayuda surgió en el siglo XIX, con el libro de Samuel Smiles, *Self Help*, de 1859 (aunque

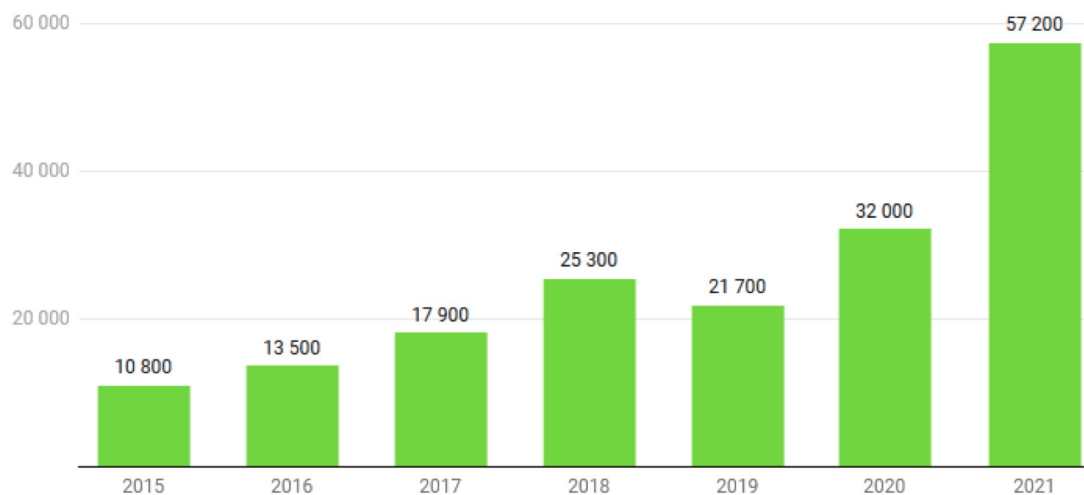
el autor más popular de esta corriente quizás sea Dale Carnegie, entre las décadas del 10 al 40 del siglo XX). Al hacer una revisión de estos nombres, lo primero que salta en la pantalla son los números de ejemplares vendidos de sus obras, por ejemplo, *Smiles* fue el primero en vender 20 000 libros en un año (250 000 hasta su muerte). Así nos damos cuenta que ayudar a que la gente se sienta bien consigo misma ha sido un negocio que data, posiblemente, desde los orígenes del capitalismo. Como dice el autor de *Los libros de autoayuda, ¡vaya timo!*: “Donde ayer un cura te decía que rezaras, hoy un autor de autoayuda te anima a meditar” (37). Así, no es de extrañarse que entre los cincuenta libros más vendidos a nivel mundial en el último medio siglo, aparezcan cinco títulos de este tipo (38); ni tampoco que este haya sido el género editorial que más vendió durante el confinamiento y la pandemia por COVID-19 (39). Según las estadísticas, entre 2013 y 2019, en España, las ventas de estos productos subieron un 11 % y entre 2020 y 2021 lo hicieron en un 40 % (39) (40).

En Ecuador no hay estadísticas de este tipo. La industria editorial y el Gobierno solo tienen indicadores generales de lectura y muchas veces ambos son cómplices de esta trivialización mercantil de la salud mental, pues con el solo afán de mejorar los índices de lectura entre la población, llegan a distribuir *coaching* y autoayuda entre la población. Así creen que están contribuyendo al fortalecimiento intelectual y emocional de los ciudadanos —porque los índices aumentan en las estadísticas— pero no se dan cuenta que solo hacen que la salud mental siga siendo subsumida por la lógica del capital.

Un ejemplo tradicional de esto son las lecturas —obligatorias en muchos colegios del Ecuador— de Paulo Coelho, Cuauhtémoc Sánchez o similares, como sinónimo de “educación emocional” o “educación afectiva”. Unas lecturas que muchas veces son promovidas desde los mismos DECE, es decir, los departamentos de psicología de las unidades educativas. Esto concuerda con autores españoles que denuncian cómo son los mismos psicólogos los enemigos de la psicología y la psicoterapia profesional y científica, ya que aplican en sus pacientes las técnicas del *coaching* y participan de la autoayuda (37) (41). En España existe el caso paradigmático de los 400 estudios académicos que lanzó el Instituto Coca-Cola de la Felicidad, en 2013, con el aval de “científicos, psicólogos, coaches, escritores de autoayuda y una gran cantidad de profesionales que se mueven en el mercado de la felicidad” (41).

Aquí se halla otra semejanza entre la autoayuda y la medicalización de la salud mental: ambos estigmatizan estados naturales de la conciencia como la nostalgia, la melancolía o la tristeza —así como rasgos poco comunes de la personalidad— y pretenden imponer el “pensamiento positivo” (o “psicología positiva”) como un estado de conciencia absoluto y permanente. En otras palabras, no hallamos ante el proyecto de materializar la distopía que Aldous Huxley alucinó en 1932: *Un mundo feliz*. Y si bien este artículo no es el espacio para abordar aquello que los psicólogos críticos llaman “el imperativo de la felicidad” (una temática sobre la que se puede hallar abundante bibliografía actual, pues el fenómeno es propio del siglo XXI), vale la pena apuntar a uno de los primeros trabajos a este respecto: *Contra la felicidad: en defensa de la melancolía*, de Eric Wilson, donde, juntando fuentes psicológicas y literarias, realiza un síntesis histórica sobre los desarrollos artísticos y los beneficios para la cohesión del tejido social, de sentimientos como la nostalgia o la melancolía (42).

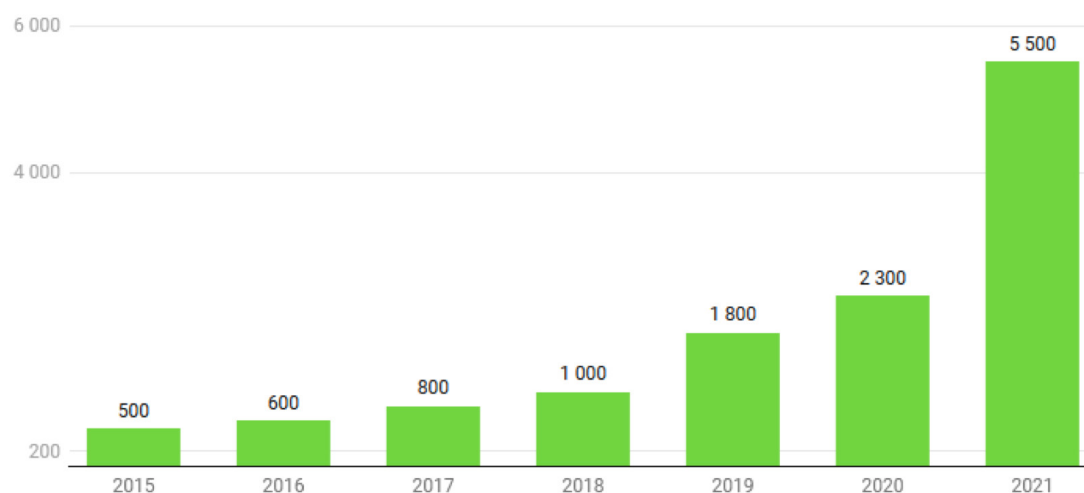
Finalmente, cerramos estas reflexiones con una mención a la nueva plataforma desde la que se difunden los productos para el bienestar emocional de las personas: el mundo digital. Ciertamente, hasta la primera década del siglo XXI la industria editorial era la más beneficiada por la autoayuda, pero desde entonces hasta hoy esta industria se diversificó en los multiproductos que conforman el *coaching* digital: canales de YouTube, grupos en redes sociales y aplicaciones para celulares. Aunque todavía no existen estudios más especializados a este respecto, los siguientes datos pueden ilustrar la situación:



En millones de dólares.

Gráfico: Xataka • Fuente: CB Insights • Creado con Datawrapper

Figura 3. Inversión de capital riesgo en empresas de salud digital (43).



En millones de dólares.

Gráfico: Xataka • Fuente: CB Insights • Creado con Datawrapper

Figura 4. Inversión específica en Startups de salud mental y bienestar (43).

Las figuras 3 y 4 evidencian que, si bien hubo un aumento en las necesidades de salud fisiológica y salud mental de la población a través de los medios digitales hasta 2020, luego de la pandemia estas demandas se duplicaron, convirtiéndose en un negocio rentable para quienes producen Startups de este tipo. Por supuesto, cabe aquí la pregunta ¿qué tipo de contenido y qué tipo de salud mental y bienestar difunden estos nuevos recursos? No sería de extrañar que la respuesta fuese la misma versión de la salud mental que hemos venido criticando en la psicología, psiquiatría, autoayuda y coaching tradicionales.

4. Conclusiones

Desde el Doctorado en Salud Colectiva de la UASB-Ecuador se busca desarrollar una visión crítica, informada, dialéctica, transdisciplinaria y compleja del fenómeno de la salud. Esta nueva perspectiva implica un cambio paradigmático (ontología, epistemología y metodología) en la forma de concebir la salud pública, sus problemas y posibles soluciones.

A lo largo del trabajo identificó que la salud mental, siendo un bien social, se ha vuelto una vía para que ciertos grupos privilegiados puedan acumular dinero, sin ofrecer a cambio una verdadera atención a los problemas psicológicos de la población. Mientras las farmacéuticas, las aseguradoras privadas y las productoras de material de autoayuda, siguen lucrando a costa de los padecimientos psicológicos (reales o inventados) de la población; los Gobiernos prefieren invertir en la producción y compra de psicoactivos, olvidándose que la dimensión bioquímica de la salud mental es quizás la menos significativa.

Se pudo evidenciar que los servicios de atención en salud mental ofrecidos por el Estado son escasos y de mala calidad, mientras que los ofrecidos por el ala privada son caros y escasos, y en países como el Ecuador, también de mala calidad. Es decir, la salud mental es un área tan descuidada y venida a menos en nuestras sociedades, que ni siquiera poseer cierto nivel socioeconómico es garantía para recibir una atención profesional, pues de por medio están la medicalización (psicoactivos) y la trivialización (autoayuda y *coaching*) de la salud mental. Dos posturas que, aparentemente, son contrapuestas en lo absoluto, se critican y se excluyen entre sí como dos facciones irreconciliables, pero que en el fondo solo buscan opacar el problema “con paños calientes” mientras hacen crecer sus negocios.

Así, la apuesta de la MS/SCL y la PSC es dejar de concebir a la salud mental como un valor de cambio y como una cuestión de más profesionales atendiendo más pacientes. Se trata de comprender que el sujeto solo puede alcanzar la plenitud mental en comunidad: en su relación con los demás y con la naturaleza, por lo que medicamentos y psicoterapia individual solo es una pequeña parte de ese universo que vendría a ser la determinación social de la salud mental.

Referencias bibliográficas

1. Breilh J. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En: Morales C, Eslava JC, editores, *Tras las huellas de la determinación*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Universidad de Antioquia; 2014. pp. 19-75.
2. Breilh J. *Critical Epidemiology and the People's Health*. Nueva York: Oxford University Press; 2021.
3. Veraza J. *Subsunción real del consumo bajo el capital*. Madrid: Ítaca; 2008.
4. Pagura N. G. *Las formas actuales de subsunción del trabajo y sus repercusiones en la constitu-*

- ción de subjetividades [Ponencia]. En: VII Jornadas de Investigación en Filosofía, Universidad Nacional de La Plata; 10-12 nov. 2008. Disponible en: <https://bit.ly/3WENcAR>
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles [Acuerdo Ministerial 5212]; 30 ene. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3TP2Wyf>
 6. Edición Médica. Ecuador tiene un promedio de 23,44 médicos por cada diez mil habitantes; 1 abr. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3Au0qXq>
 7. People's Health Movement, Medact, Third World Network, Health Poverty Action, Medico International, ALAMES, Viva Salud, Sama. *Global Health Watch: In the Shadow of the Pandemic* (6ª ed.). Londres: Bloomsbury; 2022.
 8. Rivera Jiménez R. Salud mental y medicina prepagada: descripción de la cobertura en salud mental y atención psicológica de tres aseguradoras de salud privada del Distrito Metropolitano de Quito [Tesis de pregrado]. Quito: Universidad Politécnica Salesiana; 2022.
 9. OPS. No hay salud sin salud mental; 8 oct. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3WXJHFo>
 10. Diario La Hora. Ecuador invierte nueve veces menos en salud mental que otros países de la región; 3 feb. 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3Uxlkx2>
 11. Cascos C. La mercantilización de la salud mental: no eres tú, es el sistema; 9 nov. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3Vd1KpR>
 12. Morales Isla M. Sin cobertura para salud mental: aseguradoras privadas excluyen tratamientos y el Estado no se da abasto. *La República del Perú*. 9 may. 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3EvKwhA>
 13. BM. Tasa de mortalidad por suicidio; 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3QqY16U>
 14. Guarderas M, Raza D, González P. Gasto público en salud en Ecuador: ¿cumplimos con los compromisos internacionales? *Est de la Ges*. 2021; (9):237-254. Disponible en: <https://doi.org/10.32719/25506641.2021.9.10>
 15. Breilh J, Castro F, Yassi A, Spiegel J. La salud en el trabajo de los médicos en Ecuador: contexto hospitalario, estrés y "burnout". En: Breilh J, Campaña A, Betancourt O, Aguilar M, Arteaga E, editores, *Ciencias en salud colectiva y terapias integrativas*. Quito: UASB-Ecuador, Corporación Editora Nacional; 2018. pp. 135-154.
 16. Montero M. *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Barcelona: Paidós; 2003.
 17. Montero M. *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Paidós; 2004.
 18. Pichón Rivière E. *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1975.
 19. Rose S. Biological Psychiatry's Decline and Fall. *The Lancet*. 2019; 394(10199):628-629. Disponible en: <https://bit.ly/3TRCPH1>
 20. Harrington A. *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*. Nueva York: WW Norton & Company; 2019.
 21. Henderson S., Martin A. Let Them Eat Prozac. *J of the Am Ac of Ch & Ad Psy*. 2005; 44(9):953-955. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000176790.77354.93>
 22. Healy D. *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*. Nueva York: New York University Press; 2004.
 23. Faraone S, Barcala A, Torricelli F, Bianchi E, Tamburrino M C. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Intrface Comunic Sa Edu*. 2010; 14(34):485-497. Disponible en: <https://bit.ly/3AscV64>
 24. Cea Madrid J C. Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo. *Psic, Conoc y Soc*. 2019; 8(2):50-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS>
 25. Murguía A, Ordorika T, Lendo L F. El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *Hist, Ciênc, Sa-Mang*. 2016, jul-sept; 23(3):635-651.
 26. Cannellotto A., Luchtenberg E. coords. *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Gral. San

- Martín; 2010.
27. Pacheco Yáñez D, Moreno P, Dávila Wood W, Álvarez de Ulate S, Gómez de Maintenant P. Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Nor de Sal Ment.* 2015; 13(53):83-92. Disponible en: <https://bit.ly/3tMH3p0>
 28. García Zabaleta O. La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *Theoria: Rev de T, Hist y Fund de la Ci.* 219; 34(3):441-460. Disponible en: <https://bit.ly/3gjjgBzY>
 29. Conrad P. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Soc Prob.* 1975; 23(1):12-21. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/799624>
 30. Conrad P. Medicalization and Social Control. *A Rev of Soc.* 1992; 18:209-232. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2083452>
 31. Kelland K. Surgen críticas al DSM V. *Intra Med.* 13 feb 2012. Disponible en: <https://bit.ly/3URg0EV>
 32. Sandín B. DSM-5: ¿cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Rev de Psi y Psi Ci.* 2013; 18(3):255-286. Disponible en: <https://bit.ly/3TSFqAG>
 33. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Ter Psi.* 2014; 32(1):65-74. Disponible en: <https://bit.ly/3Xh2mfO>
 34. Campaña A, Barreto D. Epidemiología crítica y salud mental. En: Breilh J, Campaña A, Betancourt O, Aguilar M, Arteaga E, editores, *Ciencias en salud colectiva y terapias integrativas.* Quito: UASB-Ecuador, Corporación Editora Nacional; 2018. pp. 38-56.
 35. Basauri VA, editor. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.* 2017; 14(1):9-72.
 36. Foucault M. *Seguridad, territorio y población.* México DF: FCE; 2006.
 37. García P. Donde ayer un cura te decía que rezaras, hoy un autor de autoayuda te anima a meditar. *Sinc.* 19 may 2014. Disponible en: <https://bit.ly/3VeBlaU>
 38. Alonso B. Los 50 libros más vendidos de los últimos 50 años. *Elle.* 23 abr 2022. Disponible en: <https://bit.ly/2STJqTl>
 39. Ruiz Mantilla J. La autoayuda explota en pandemia. *El País.* 23 sept 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3gn9bvK>
 40. Olivier R. Por qué no paran de crecer las ventas de los libros de autoayuda. *Ethic.* 19 oct 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3gpczpV>
 41. Durán Rodríguez J. El negocio de la felicidad, el fraude del siglo XXI. *El Salto.* 13 abr 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2KDpDY2>
 42. Wilson E. *Contra la felicidad: en defensa de la melancolía.* Madrid: Taurus; 2008.
 43. Lacort J. La salud mental ya es un gran negocio: sus apps disparan la inversión recibida en 2021. *Xataka.* 11 feb 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3GxbVRH>

Recibido: 16 junio 2023

Aceptado: 23 agosto 2023