

# Concepciones de la enfermedad mental y de los psicofármacos en la Salud Global

Janis H. Jenkins<sup>1</sup>

Recibido: 20 de marzo de 2023 / Aceptado: 14 de junio de 2023

**Resumen.** En el campo de la Salud Global se ha dado prioridad a la ampliación de los servicios y el tratamiento de la salud mental en los países de ingresos bajos y medios. Si bien el acceso equitativo a los tratamientos constituye una prioridad, el llamamiento a la acción urgente para colmar esta brecha terapéutica se ha hecho en gran medida sin que se inste a prestar atención etnográfica al conocimiento sociocultural de las afecciones y de su tratamiento. En este artículo se defiende que el conocimiento local de las concepciones de la enfermedad mental y de la medicación psicotrópica es fundamental para una comprensión informada del tratamiento en relación con la experiencia subjetiva, el significado cultural y la eficacia clínica. Estas cuestiones se exploran específicamente en relación con el discurso científico, clínico y popular en torno al tropo cultural del “desequilibrio químico”.

**Palabras clave:** concepciones culturales de la enfermedad mental; psicofarmacología; desequilibrio químico; Salud Mental Global.

**Sumario.** 1. Introducción. 2. Concepciones del desequilibrio químico entre las personas que toman fármacos psicotrópicos. 3. Conclusiones: experiencia vivida, violencia estructural y Salud Mental Global. 4. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Jenkins, J. H. (2023). Concepciones de la enfermedad mental y de los psicofármacos en la Salud Global en *Revista de Antropología Social* 32 (2), 123-128.

## 1. Introducción

Existe un amplio reconocimiento de la prevalencia de las enfermedades mentales y de los psicofármacos en todo el mundo. Sin embargo, en el ámbito de la Salud Global no se ha dado ninguna centralidad a los aspectos subjetivos de cómo se experimentan e imaginan las enfermedades y los fármacos en diferentes entornos. La preocupación principal ha sido, en cambio, la (no) disponibilidad material de fármacos. Se ha enfatizado el problema de la falta de disponibilidad de psicotrópicos dentro de los países de ingresos bajos y medios considerando que se trata de una “brecha terapéutica” (Barbui, Kolappa, Saraceno, *et al.*, 2017; Patel, Saxena, Lund, *et al.*, 2017; Craddock y Tobbell, 2021). Si bien el acceso equitativo a los tratamientos constituye una prioridad para la Salud Global (Farmer, 2003), no habría que dejarse llevar por las prisas a la hora de cubrir esta brecha terapéutica en salud mental, sin prestar atención a lo que podemos llamar la brecha de conocimiento sociocultural con respecto a la comprensión etnográfica de las condiciones locales de la salud y de su tratamiento (Whyte, Van der Geest y Hardon, 2003; Whyte, 2009; Read, Adiibokah y Nyame, 2009; Jenkins, 2010; Read, 2012). Tal y como ha quedado documentado en el caso de los antirretrovirales para el tratamiento del VIH y del

SIDA, la disponibilidad material de los medicamentos no equivale a la comprensión cultural de los mismos ni a las condiciones socioeconómicas que afectan su uso (Kalofonos, 2021). De hecho, se suele omitir la consideración de conocimientos socioculturales fundamentales por estimarlos intrascendentes para los bio-imperativos de la intervención sanitaria global.

Desde hace décadas, en los países de habla inglesa –por ejemplo, EE.UU., Reino Unido y Australia–, se habla de los problemas de salud mental y de los psicotrópicos remitiendo a un “desequilibrio químico”. Esta referencia se ha utilizado en un conjunto de afecciones que incluyen trastornos relacionados con la psicosis, con el estado de ánimo y con la ansiedad, entre otros. En el discurso clínico y en los espacios de atención al paciente se ha generalizado una ecuación que equipara estos trastornos a un desequilibrio químico y los psicotrópicos a un instrumento para corregir este desequilibrio. Las propiedades metafóricas de esta formulación, en tanto que conocimiento cultural informal pero muy creíble, en circulación durante tres décadas más o menos, han facilitado su imbricación en el imaginario popular y clínico entre proveedores de material y servicios y pacientes. Este artículo analiza la vigencia del desequilibrio químico como tropo discursivo entre estos diferentes grupos y en el seno de cada uno de ellos.

<sup>1</sup> Universidad de California, San Diego. Departamento de Antropología, Salud Global y Psiquiatría [jhjenkins@ucsd.edu](mailto:jhjenkins@ucsd.edu) ORCID: 0000-0003-4987-3075

En el campo de la neurociencia, los procesos cerebrales asociados a los trastornos mentales han constituido uno de los principales ámbitos de investigación (Gazzaniga, 2011; Churchland, 2013). Para que esta investigación tuviera su traslación a la práctica clínica y a la promoción psicofarmacéutica, se introdujo el término *desequilibrio químico* como una especie de “atajo” para hacer referencia a los excesos o déficits imaginados en los neurotransmisores monoamínicos —como la dopamina, la serotonina o la norepinefrina— que mandan sus señales a través de impulsos nerviosos en la sinapsis de una neurona a otra. Sin embargo, los neurocientíficos coinciden en que los hipotéticos excesos o déficits no son tan evidentes; si bien se tiene bastante claro que los neurotransmisores desempeñan un papel importante, existe al mismo tiempo una incertidumbre considerable sobre cómo funcionan estos procesos exactamente. Un informe de la *American Chemical Society*, basado en las investigaciones del equipo de Sabine Bahn, de la Universidad de Cambridge, resume así la situación:

“Por sorprendente que parezca, los científicos aún no comprenden del todo cómo actúan estos fármacos a nivel molecular, por lo que los médicos por lo general recetan medicamentos a base de prueba y error. [...] [L]as bases moleculares de los trastornos también resultan enigmáticas [...]. No sabemos qué origina los síntomas, por lo que no disponemos de fármacos diseñados específicamente para las enfermedades y no tenemos modelos animales que reflejen la enfermedad porque no sabemos cuál es la causa [...]. Así pues, estamos en un círculo vicioso y no hemos avanzado mucho en los últimos cien años.” (Bahn, citado en Cottingham, 2009:1618).

En *Psychopharmacology Demystified*, Lichtblau enmarcó el problema de lo conocido y lo desconocido con respecto a la química del cerebro. En esta obra, que pretende ser una guía y una panorámica clínica informada, se apunta con cautela que, aunque “se ha aprendido mucho sobre el funcionamiento del cerebro, queda todavía mucho por descubrir. El hecho es que ‘no sabemos lo que no sabemos’ (2011:2).

No obstante, la situación con respecto a lo que no se sabe sobre el “desequilibrio químico” ha vivido algunas borrascas recientes a raíz de una controversia sobre cómo entender en concreto la enfermedad mental y su tratamiento. Un importante artículo panorámico llegó a la conclusión de que la teoría de la serotonina en la depresión no sólo carece de fundamento científico, sino que, además, lleva a amplios engaños (Moncrieff, Cooper, Stockmann, *et al.*, 2022). Los medios de comunicación prestaron mucha atención a esta publicación; de hecho, se hizo viral en muchos canales de noticias internacionales. En el análisis de sus descubrimientos en relación con la serotonina, los autores hacen el siguiente comentario sobre la paradoja de que la fórmula del “desequilibrio químico” siga circulando a pesar de que no cuenta con una base científica sólida:

“Los profesionales siguen esgrimiendo la teoría del *desequilibrio químico* en la depresión; la teoría de

la serotonina, en particular, ha estado en la base de importantes esfuerzos de investigación en las últimas décadas. La población en general cree en su mayoría que está sobradamente demostrado que la depresión es el resultado de la serotonina o de otras anomalías químicas y esta creencia determina la manera en que las personas entienden su estado de ánimo, lo cual lleva a una perspectiva pesimista sobre el desenlace de la depresión y a expectativas negativas sobre la posibilidad de autorregulación del estado de ánimo. La idea de que la depresión es el resultado de un *desequilibrio químico* también influye en las decisiones sobre si tomar o continuar con la medicación anti-depresiva y, además, puede disuadir a las personas de interrumpir el tratamiento, algo que, en potencia, puede generar una dependencia de por vida de estos fármacos” (Moncrieff, Cooper, Stockmann, *et al.*, 2022:11).

Las críticas al marco del “desequilibrio químico” difundido desde la biomedicina para referirse tanto a las afecciones mentales como a los fármacos psicotrópicos para su tratamiento (véase también Ang, Horowitz y Moncrieff, 2022) han hecho que algunos profesionales de la medicina y de la psiquiatría se pongan a la defensiva. Gran parte de la atención se ha dirigido a la posibilidad de que estos descubrimientos disuadan de continuar con el tratamiento a personas que, pese a todo, podrían beneficiarse de los efectos de los ISRS<sup>2</sup>. Como parte de un resumen de la “reacción de los expertos” al artículo de Moncrieff, Cooper, Stockmann, *et al.* (2022), un investigador científico defendió que, aunque las causas biológicas de la depresión “se alejen” de las teorías centradas en la serotonina, no hay “realmente ninguna razón para cuestionar la eficacia de los antidepresivos actuales” (de Picker, 2022).

Los médicos que trabajan en consulta y que no pretenden tener un conocimiento preciso de cómo o por qué un tratamiento determinado puede funcionar se consuelan prescribiendo psicotrópicos a partir de observaciones clínicas y reportes de eficacia por parte de sus pacientes. Como compuestos psicoactivos cuyo funcionamiento biológico puede observarse en virtud del alivio de los síntomas, la cuestión de cómo “operan” estos fármacos suscita menos interés y no requiere necesariamente una explicación clínica. En esta línea de razonamiento, las cuestiones de precisión científica no sólo tienen una importancia menor, sino que además suponen una distracción potencialmente peligrosa de la directriz primordial, que es proporcionar tratamiento a las personas afectadas. Si bien esta línea de pensamiento resulta satisfactoria para quienes ofrecen servicios de atención médica, ¿lo es para las personas que, bajo todo precepto, son las que más importan, las personas afectadas y que en su día a día toman fármacos psicotrópicos? ¿Cómo conceptualizan el problema? ¿Utilizan de verdad la noción de “desequilibrio químico”? Y, en caso afirmativo, ¿es satisfactoria y tiene importancia?

<sup>2</sup> Acrónimo de Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina [N. de la T.].

## 2. Concepciones del desequilibrio químico entre las personas que toman fármacos psicotrópicos

Desde una perspectiva global, la conceptualización del desequilibrio químico en el imaginario popular no ha sido objeto de un estudio sistemático. Dicho esto, la circulación transnacional de la metáfora es sin duda desigual. Resulta pertinente hacer dos observaciones antropológicas al respecto. La primera tiene que ver con la muy peculiar divulgación que puso esta concepción en primer plano en Estados Unidos. Lo que favoreció la divulgación entre médicos y consumidores fue la confianza en la publicidad dirigida al consumidor en publicaciones médicas y revistas populares que presentaban fármacos psicotrópicos asociados a médicos heroicos, misterios inquietantes y milagros divinos. Este tipo de asociaciones evoca la clásica mezcla simbólica desde el punto de vista antropológico de ciencia, religión y magia (Malinowski, 1954). La segunda observación es que, aunque unas concepciones puedan tener prestigio cultural en un entorno, no siempre hay que esperar que viajen bien a través de continentes y contextos culturales. Por ejemplo, los anuncios farmacéuticos dirigidos a los médicos mexicanos no apelan al desequilibrio químico, sino al *sufrimiento neuronal*<sup>3</sup> que se localiza en el cerebro (véase el anuncio de la “Somazina”, de Ferrer Internacional). El *sufrimiento* tiene más caché cultural que los fallos neuronales. En la India, en cambio, cabe imaginar los psicofármacos como el “alimento mental” que muchas personas buscan para tratar la “alimentación gastrointestinal” (Ecks, 2013). A pesar de que se ha dado por sentada la divulgación global del tropo del “desequilibrio químico” entre las personas que consumen estos fármacos, apenas se ha anticipado hasta qué punto la noción resulta inadecuada incluso dentro de los países donde se generó y donde se suponía que “funcionaba” culturalmente (Obeyesekere, 1990).

Para ilustrar estas cuestiones, recurro a un estudio etnográfico de la experiencia subjetiva y cultural de personas que consumen antipsicóticos y otros fármacos psicotrópicos para el tratamiento de afecciones del espectro de la esquizofrenia. El estudio, realizado en Estados Unidos, analizaba la vida cotidiana y la experiencia subjetiva de noventa personas diagnosticadas de acuerdo con los criterios diagnósticos de la investigación (Jenkins, Strauss, Carpenter, *et al.*, 2005; Jenkins, 2015). Los participantes en la investigación eran de ascendencia euroamericana y afroamericana y llevaban enfermos unas dos décadas. A través de entrevistas abiertas nos acercamos a las concepciones que las personas tenían de su enfermedad y de su experiencia con la medicación. En particular, ahondamos en el uso del término “desequilibrio químico” para referirse a su afección y a su experiencia del tratamiento.

La cuestión, fundamental desde el punto de vista antropológico, de cómo las personas conceptualizan su enfermedad y cómo definen su experiencia no sólo es importante para el desarrollo de la enfermedad, sino también

para el sentido del yo (Kleinman, 1988; Jenkins, 2015). El análisis de los datos de las entrevistas mostraba que, de los noventa participantes en el estudio, cincuenta (55,5%) utilizaban el lenguaje de “desequilibrio químico” para describir el problema. Un número menor, doce (13,3%), apuntaba a que su problema principal, a su juicio, era de “estabilidad”. Otro tercio (31,1%) no secundó ninguna de las dos ideas, citando una amplia gama de conceptos de enfermedad. Aunque esto ilustra que la concepción más común del problema puede incluir el lenguaje del “desequilibrio químico”, está claro que una proporción considerable no respalda tal idea. Para las personas del estudio que sí utilizaban el lenguaje del desequilibrio químico, aunque el problema se localizaba en el cerebro, no estaba claro cómo actuaba. Podía referirse a la falta de una sustancia química, a un nivel anómalo de sustancias químicas, a un exceso de sustancias químicas, a una estructura cerebral anómala o a “neuronas que se disparan”. También se hablaba de “cargas en el cerebro” o de problemas “electrofísicos”. Además, estos relatos de desequilibrio químico se basaban en modelos etnopsicológicos del cuerpo, las drogas psicotrópicas y el yo.

De la comparación de los relatos de los participantes se desprende que los euroamericanos estaban más inclinados a hablar en el lenguaje de los desequilibrios químicos, mientras que los afroamericanos estaban relativamente más preocupados por la “estabilidad” y el “equilibrio” corporales. En el marco de estas preocupaciones, lo que se resaltaba no eran las sustancias químicas, sino los problemas sociales —a menudo vinculados con las relaciones de parentesco— que podían implicar una lucha espiritual o un conjuro mágico. El trabajo etnográfico con familias afroamericanas que vivían con afecciones de salud mental reveló que las concepciones en los entornos afroamericanos estaban menos medicalizadas que las de los euroamericanos y que tenían menos interés en hablar de cuestiones ligadas a la enfermedad. La reticencia a hablar de cuestiones asociadas específicamente con la enfermedad puede tener su origen en la renuencia a tratar temas familiares o “asuntos” personales (véase también Carpenter-Song, 2009a; 2009b).

Para aquellos participantes en el estudio que avalan el tropo del desequilibrio químico, el efecto de la medicación es regular las sustancias químicas y establecer o restablecer este equilibrio. Por ejemplo:

*Jerome:* Tengo una parte muerta en una parte del cerebro, así que, por esa parte muerta, no pienso con normalidad... [los fármacos] proporcionan sustancias químicas al cerebro que cambian tu manera de pensar... Creo que generan reacciones con otras sustancias químicas del cerebro para producir más cantidad o menos cantidad de cierto tipo de sustancias.

*Katherine:* Bueno, creo que nací así. Dicen que en realidad naces con ello, pero el desequilibrio químico no da la cara hasta que eres mayor... Bueno, [los fármacos] reemplazan las sustancias químicas del cerebro.

*Candace:* No es más que un desequilibrio químico. Me refiero a que es como la diabetes, nada más. Tie-

<sup>3</sup> En castellano en el original. En lo sucesivo, la cursiva acompañada de un asterisco indicará que la palabra aparece en castellano en el original (N. de la T.).

nes que tomarte tu insulina y ya está... mi cerebro no produce esa sustancia química... Creo que mantiene algún tipo de sustancia química en mi cerebro y hace que las sustancias químicas funcionen... Sencillamente me dan un tipo de sustancia química que necesito.

*Geoffrey:* Supongo que hace funcionar o afecta a la dopamina del cerebro. Y si la dopamina está en el nivel equivocado, puedes empezar a tener síntomas. Así que supongo que regula de alguna manera la dopamina del cerebro.

*Thomas:* Bueno, supongo que cambia la química de tu cerebro. Supongo que tu química cerebral está fuera de los límites y, más o menos, eh, la reconfigura de alguna manera.

*Delbert:* No lo sé. Supongo que, hum, supongo que funciona con los componentes que están en el cerebro, ya sabes, las sustancias químicas que están en el cerebro... puede que, hum, las regule. Regula esos componentes o quizá algo que me falta... Tal vez me falta algo que se supone que debes tener, como, hum, tal vez como esas endorfinas en el cerebro o algo así.

*Karl:* Creo que lo que hace es que... creo que interactúa con la química de mi cerebro y que se produce una especie de equilibrio."

(Extractos de Jenkins, 2015:51).

Dicho esto, algunos relatos hacen hincapié en una idea de equilibrio que no parece estar relacionada con las sustancias químicas en sí y, a la hora de explicar los efectos de la medicación, lo hacen más bien en términos de estabilidad y regulación de los estados de ánimo y de las disposiciones de la mente:

*Jordan:* Me mantiene equilibrado. Ya sabes, como una balanza.

*Jane:* Me regula el estado de ánimo.

*Katherine:* Mi estado de ánimo se ha mantenido bastante estable.

*Laszlo:* Cuanto más me medicaban, peores eran las convulsiones, pero logré un equilibrio con la nueva medicación, Clozaril... Me permitió regular y controlar mi microproceso... A veces me invade el desconcierto, pero la medicación cumple su función y me devuelve a mis casillas, a la estabilidad.

*Mattie:* Sé que mentalmente estoy lo bastante estable ahora mismo como para ir por la vida.

*Félix:* A veces es casi como si la enfermedad pudiera equilibrarse, ya sabes, con todo lo mala que es la enfermedad, a veces me siento bastante bien.

*Ellen:* Ahora mismo no me hace nada. No puedo estabilizarme. Mierda, no puedo estabilizarme para NADA. Porque ahora mismo no soy una persona estabilizada. Soy demasiadas personas ahora mismo. No estoy estabilizada.

*Bertha:* Me ayuda a estar estable. Y cuando no la tomo, no puedo funcionar. Me doy cuenta de que la necesito. Me mantiene estable.

*Nate:* Uh, estable —no mejor, pero sí estable."

(Extractos de Jenkins, 2015:51-52).

A través del análisis de estos ejemplos narrativos, empecé a comprender esta experiencia subjetiva en relación con lo que denominé "*química cultural*". Aquí, la cultura se entiende como "una placa de Petri para el cultivo de la biología, el deseo, el significado y las prácticas sociales" (Jenkins, 2015:31). Lo que está en juego no es la interacción entre moléculas y compuestos, sino la interacción entre subjetividades que moldean la interpretación de las concepciones de enfermedad y los medicamentos para su tratamiento.

En otros casos, sin embargo, las interpretaciones de cuál pueda ser el problema están arraigadas en concepciones sobrenaturales o mágicas. Ruby, una mujer afroamericana de 41 años, tomaba su medicación con regularidad y sin falta, para controlar lo que, a su juicio, tenía que ser, sin lugar a dudas, una maldición que le había echado su padrastro. Rechazaba los términos diagnósticos y la idea del desequilibrio químico. Tenía la certeza de que el problema no era en absoluto una "esquizofrenia", como le había informado su médico, sino un aciago "mal de ojo" que le habían echado cuando era pequeña. Decidió que no merecía la pena perder el tiempo hablando de ello con el psiquiatra que la trataba porque, sencillamente, la cuestión excedía la capacidad de entendimiento de aquel médico. En su opinión, la actividad química dependía de la acción divina, puesto que afirmaba que "sólo rezo por los neurotransmisores": le pedía a Dios poder mantener un suministro regular de medicación. Estaba convencida de que cualquier mejoría que hubiera experimentado era atribuible por entero a Dios, por lo que daba gracias a diario. En otro caso, un participante varón euroamericano, Samuel, rezaba cada día para que se rompiera el "hechizo" que pesaba sobre él y sentía que sus oraciones surtían efecto tanto por la medicación como por su implicación activa en la oración: "Rezo y cuando me despierto, se ha ido... el hechizo ha desaparecido".

### 3. Conclusiones: Experiencia vivida, violencia estructural y Salud Mental Global

Vivir con un trastorno mental diagnosticado que requiere medicación psicotrópica diaria produce una angustia cotidiana. Esto se debe, en gran parte, al hecho de que la idea de que los fármacos "ajustan" un desequilibrio químico y permiten volver a un estado de equilibrio no se corresponde literalmente con la realidad. Por el contrario, las personas toman los fármacos con la expectativa clínica de mejorar y gestionar su afección, pero no de curarse. De hecho, en el ámbito terapéutico en Estados Unidos se les dice a los pacientes que deberán tomar fármacos durante el resto de sus vidas (Dumit, 2012) para aliviar los síntomas y evitar recaídas. Esta paradoja de lo que llamamos "recuperación

sin cura” (Jenkins y Carpenter-Song, 2008) puede producir un estado existencial de confusión y desesperación. Esta situación puede darse junto a otras dolorosas paradojas experienciales que suponen estigma social, aumento de peso, alteraciones en la sexualidad y percepción de fracaso personal (Jenkins, 2015).

La perspectiva más importante sobre el “desequilibrio químico”, por supuesto, es la de las personas cuya afección pretende definir esta fórmula. En nuestra investigación etnográfica, descubrimos que, a pesar de su vigencia, la noción resulta insatisfactoria en general por motivos sociales, personales y existenciales. Aunque es posible que las sustancias químicas y las neuronas tengan que ver con las afecciones, para las personas que toman medicación es un absoluto misterio cómo diantres funciona aquello. Para las personas que viven con afecciones mentales graves, la idea del desequilibrio químico no tiene valor existencial y, de hecho, puede no tener ningún sentido desde el punto de vista de la subjetividad. Hay una dificultad de interpretación: cuesta entender lo que es un desequilibrio químico del cerebro y qué son, qué hacen y cómo funcionan los fármacos psicotrópicos. En lo que se refiere a esta incertidumbre, no hay mucha diferencia con respecto a las opiniones de los neurocientíficos más eminentes, que reconocen que sus conocimientos son arcanos y parciales. Detrás de la idea de desequilibrio químico hay un componente notablemente impreciso y escurridizo del lenguaje y de la interpretación. Desde el punto de vista de la subjetividad, la fórmula del desequilibrio químico es tan poco específica y tan vaga que prácticamente se puede tirar a la basura. Lo explica todo y nada. Y, lo que es más importante, no nos acerca a la experiencia real de los participantes que toman medicación, ni a ninguna sensación corporal de desequilibrio químico.

A día de hoy, la mayoría de los profesionales de la salud mental estarían de acuerdo en que los tratamientos más adecuados combinan enfoques psicosociales y psicofarmacéuticos. En muchos protocolos nuevos de Salud Mental Global, los profesionales de salud comunitaria reciben formación para hacer un abordaje psicoeducativo con intervenciones pautadas que ofrecen información sobre los síntomas de una determinada enfermedad y cómo manejarlos. Los familiares tienen la posibilidad de participar o no en grados significativos. Algunos familiares pueden querer participar si están implicados en la vida de un pariente enfermo, mientras que otros pueden no estar en condiciones de hacerlo por múltiples motivos. Hay también un gran número de casos, demasiados, en los que la persona enferma está definida en su entorno cultural no como alguien con una enfermedad, sino como alguien desviado socialmente que debe ser evitado –por delincuente, drogadicto, brujo, demonio, etc.– y expulsado de la comunidad.

En Estados Unidos, un país rico con grandes niveles de empobrecimiento, un número desproporcionado de personas con enfermedad mental son pobres. La investigación epidemiológica ha demostrado que existe una conexión significativa entre la enfermedad mental y la pobreza (Kessler, Avenevoli, Costello, *et al*, 2012). Esta correlación se hace particularmente estrecha en muchas regiones, urbanas y rurales, marcadas por la violencia estructural donde arraiga la pobreza y la desigualdad de renta. La asociación entre enfermedad mental y pobreza también es un producto

del sistema sanitario accesible para la gran mayoría. Para poder ser usuario de servicios de salud mental, sobre todo durante un periodo de tiempo prolongado –meses o más–, el Estado exige ser pobre, a la par que la gran mayoría de personas con enfermedad mental están sin hogar o encarceladas. Los sistemas penitenciarios tienen la obligación legal de prestar servicios de salud mental y, de hecho, constituyen el mayor “proveedor” a escala nacional. El uso habitual de antipsicóticos baratos de primera generación en el sistema penitenciario estadounidense debería considerarse una mala praxis por parte de la profesión médica, ya que los datos disponibles con mayor base empírica indican que no son en absoluto terapéuticos.

Aunque algunos neurocientíficos y psiquiatras han defendido que hay pruebas de los efectos neuroprotectores de los antagonistas de la serotonina-dopamina (atípicos), también hay pruebas de la neurotoxicidad y la letalidad celular provocadas por los medicamentos más habituales, como el Haloperidol (Nasrallah y Chen, 2017). Estas evidencias exigen un serio replanteamiento ético y terapéutico de lo que, a escala global, puede y no puede ser considerado un medicamento básico. La medicación que es peor desde el punto de vista clínico y que resulta perjudicial para el desarrollo neuronal, ¿debería prescribirse? Las poblaciones más pobres ¿merecen una intervención con los mejores estándares, con una buena base empírica, o cabe justificar un racionamiento o una inadecuación de la atención para quienes no pueden pagar? En el caso del VIH-SIDA no se pensó que fuera así para los tratamientos antirretrovirales. ¿Por qué habría de serlo en el caso de los protocolos farmacológicos utilizados para enfermedades no contagiosas, como las enfermedades mentales?

Por último, recetar y tomar medicamentos es un proceso inherentemente colaborativo que requiere negociación. Para lograr una eficacia óptima, hace falta una labor comprometida y compartida con todas las partes implicadas –paciente, proveedor, familiares, profesional de salud comunitaria. *Partners in Health* y el movimiento internacional *Hearing Voices* han desarrollado modelos útiles para comprender este proceso<sup>4</sup>. En el caso de la Salud Mental Global, tenemos por ahora poco que mostrar que sea fruto de este tipo de enfoque colaborativo. Cuando los tratamientos psicofarmacológicos se utilizan a escala global, debemos ir más allá de la convicción clínica simplista estándar de acuerdo con la cual el principal problema es el “cumplimiento” o la “adherencia” por parte del paciente y avanzar hacia un análisis crítico de la utilidad y de las limitaciones de los medicamentos. Dicha crítica debe tener en cuenta necesariamente la experiencia subjetiva de la enfermedad, las interpretaciones del problema, la capacidad de acción y los resultados deseados. Si el “cumplimiento” o la “adherencia” es la piedra angular del pensamiento clínico, se convierte sin duda también es un obstáculo crítico para los pacientes, tanto en entornos con

<sup>4</sup> *Partners in Health* significa literalmente “compañeros de salud”, pero es también un juego de palabras con la expresión inglesa *partners in crime*, que se traduce como “compinches”, “aliados”. *Hearing Voices* es un movimiento internacional que resignificó la escucha de voces como una experiencia psíquica inusual, sacándola del marco de la psicopatología, dando el protagonismo a las personas afectadas y generando espacios de conocimiento entre iguales [N. de la T.].

pocos recursos como en entornos acomodados. De hecho, la administración y el consumo de medicamentos se entiende mejor cuando se aborda como un proceso colaborativo de “compromiso” (Jenkins, 2015), el cual solo es verdaderamente colaborativo cuando todas las partes son agentes activos. Más allá de las técnicas y de los paque-

tes terapéuticos específicos de la Salud Mental Global, el campo de la psiquiatría en colaboración con el campo de la antropología está en mejores condiciones teóricas para afrontar cuestiones de salud mental en relación con interrogantes existenciales más amplios pero indispensables de ser humano.

#### 4. Referencias bibliográficas

- Ang, Benjamin; Horowitz, Mark; Moncrieff, Joanna (2022). “Is the chemical imbalance an ‘urban legend’? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the scientific literature”. *Social Science and Medicine Mental Health* 2: <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100098>
- Barbui, Corrado; Dua, Tarun; Kolappa, Kavitha; *et al.* (2017). “Mapping actions to improve access to medicines for mental disorders in low and middle-income countries”. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017. Vol. 26(5):481-490. Doi: 10.1017/S2045796016001165. Epub Jan 9. PMID: 28067194; PMCID: PMC6998895.
- Carpenter-Song, Elizabeth (2009a). “Caught in the Psychiatric Net: Meanings and Experiences of ADHD, Pediatric Bipolar Disorder and Mental Health Treatment among a Diverse Group of Families in the United States”. *Culture, Medicine and Psychiatry* 33(1): 61–85.
- (2009b). “Children’s Sense of Self in Relation to Clinical Processes: Portraits of Pharmaceutical Transformation”. *Ethos* 37(3): 257–81.
- Churchland, Paul M. (2013). *Matter and consciousness*. MIT press: Cambridge.
- Cottingham, Katie (2009). “How do psychotropic drugs work?”. *Journal of Proteome Research* 8(4): 1618.
- Craddock, Susan L.; Tobbell, Dominique (2021). “Editorial: Global Health and Pharmacology”. *Frontiers in Sociology* 6: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.765172>
- Dumit, Joseph (2012). *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham, NC: Duke University Press.
- Ecks, Stefan (2013). *Eating Drugs: Psychopharmaceutical Pluralism in India*. New York: New York University Press.
- Farmer, Paul (2003). *Pathologies of Power: Health, human rights, and the New War on the Poor*. Oakland, California: University of California Press.
- Gazzaniga, Michael S. (2011). “Who is in Charge?”. *BioScience* 61(12):937–938, <https://doi.org/10.1525/bio.2011.61.12.2>
- Jenkins, Janis H. (2010). “Pharmaceutical Self and Imaginary in the Social Field of Psychiatric Treatment”. En Janis H. Jenkins (Ed.) *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. Pp. 17–40. Santa Fe, NM: School for Advanced Research Press.
- (2015). *Extraordinary Conditions: Culture and Experience in Mental Illness*. Oakland, CA: University of California Press.
- Jenkins, Janis H.; Carpenter-Song, Elizabeth (2008). “Stigma Despite Recovery: Strategies for Living in the Aftermath of Psychosis.” *Medical Anthropology Quarterly* 22(4):381-409.
- Jenkins, Janis H., Strauss, Milton E., Carpenter, Elizabeth, *et al.* (2005). “Subjective Experience of Recovery from Schizophrenia with Atypical Antipsychotic Medications”. *International Journal of Social Psychiatry* 51(3):211-227.
- Kalofonos, Ippolytos (2021). *All I Eat is Medicine: Going Hungry in Mozambique’s AIDS Economy*. Oakland: University of California Press.
- Kessler, Ronald C.; Avenevoli, Shelli; Costello, E. Jane; *et al.* (2012). “Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement”. *Archives of general psychiatry*, 69(4), pp.372-380.
- Kleinman, Arthur (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press.
- Lichtblau, Leonard (2011). *Psychopharmacology Demystified*. Clifton Park, New York: Delmar, Cengage Publishing.
- Malinowski, Bronislaw (1954). *Magic, science and religion and other essays*. New York: Doubleday Anchor Books.
- Moncrieff, Joanna; Cooper, Ruth E.; Stockmann, Tom; *et al.* (2022). “The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence”. *Molecular Psychiatry* July 20, On-line publication.
- Nasrallah, Henry; Chen, Alexander (2019). “Neuroprotective effects of the second-generation antipsychotics”. *Schizophrenia Research*, 208, 1-7.
- Obeyesekere, Gananath (1990). *Symbolic Transformation in Psychoanalysis and Anthropology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Patel, Vikram; Saxena, Shekhar; Lund, Crick; *et al.* (2018). “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”. *The Lancet*, Volume 392, Issue 10157, p. 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- Read, Ursula (2012). “‘I want the one that will heal me completely, so it won’t come back again’: The limits of antipsychotic medication in rural Ghana”. *Transcultural Psychiatry* 49(3–4): 438–60.
- Read, Ursula; Adiiobokah, Edward; Nyame, Solomon (2009). “Local Suffering and the Global Discourse of Mental Health and Human Rights: An Ethnographic Study of Responses to Mental Illness in Rural Ghana”. *Globalization and Health*, Biomed. Central 5:13.
- Science Media Centre (2022). “Expert reaction to a review paper on the ‘serotonin theory of depression’”. London, England.
- Whyte, Susan Reynolds (2009). “Health Identities and Subjectivities”. *Medical Anthropology Quarterly* 23(1): 6–15.
- Whyte, Susan Reynolds; Van der Geest, Sjaak; Hardon, Anita (2003). *Social Lives of Medicines*. New York: Cambridge University Press.

**Traductora:** Alondra Carrillo Vidal

**Revisión:** Raúl Sánchez Cedillo