Qué es ser normal



Salud mental, sufrimiento psicológico y neurodiversidad

Sami Timimi

DEBATE

Qué es ser normal

Salud mental, sufrimiento psicológico y neurodiversidad

Sami Timimi

Traducción de
Pilar Alba Navarro

DEBATE

En memoria de mi padre, Bakir Abood Timimi

Prólogo

Encuentros con la epidemia de problemas de salud mental

> El viejo mundo está agonizando y el nuevo pugna por nacer: es la época de los monstruos.
>
> ANTONIO GRAMSCI

SOLO PUEDES SER TAN FELIZ COMO EL MENOS FELIZ DE TUS HIJOS

—No sé —dice Eleanor, de catorce años, tras una pausa en respuesta a mi pregunta sobre qué espera obtener de la sesión de hoy.

El *piercing* que lleva en la nariz refleja la luz del sol de media tarde cuando vuelve la cabeza hacia su madre. Con los brazos cruzados y el abrigo de color azul puesto, mantiene una expresión seria, los labios apretados y las cejas arqueadas hasta desaparecer bajo el flequillo de pelo negro teñido. La madre se encoge de hombros y gesticula con las manos.

—Ya lo hemos hablado. ¿Cómo vamos a ayudarte si no te abres?

—¿Para qué? —responde Eleanor—. Nada va a funcionar. Nadie puede ayudarme.

Estoy acostumbrado a tratar a adolescentes enfadados o frustrados (y también frustrantes). Es la primera vez que recibo a Eleanor y a su madre, Nicole. En la sesión inicial suelo empezar preguntando a los pacientes qué esperan obtener. Cuando no pueden o no quieren contestar, invito a responder al adulto acompañante.

Nicole explica que Eleanor lleva más de un año autolesionándose, sobre todo arañándose los brazos hasta hacerlos sangrar, usando objetos como trozos de plástico roto. A veces falta a la escuela porque tiene demasiada ansiedad. Se queja a menudo de sentirse deprimida y de que «nada la ayuda a sentirse mejor» (en palabras de Nicole). Hay momentos en los que parece «eufórica, llena de vitalidad, entusiasta, parlanchina y, a los pocos días, se derrumba, duerme muchísimo y está irritable y de mal humor», por lo que Nicole siente que tiene que «andar con pies de plomo».

—¿Y qué esperas obtener de la sesión de hoy, Nicole? —le pregunto.

—Algo que la ayude. Algo que haga que se sienta mejor.

—¿Tienes alguna idea de qué tipo de ayuda podría necesitar? —le pregunto, alzando la vista de mi bloc de notas.

—Necesitamos saber qué le pasa. Quizá tenga una depresión o un trastorno bipolar. También me he preguntado si será autismo. Tal vez necesite medicación para estar más tranquila o sentirse mejor.

—¿Qué clase de ayuda ha recibido hasta ahora?

—Fue a un grupo para adolescentes con ansiedad. Luego la atendió un consejero escolar y después le pagué una terapeuta privada. Sigue yendo una vez por semana. Sé que le gusta, pero ya hace seis meses que va. Hace unas semanas se puso a llorar,

enfurecida, diciéndome que no tenía sentido seguir y que se iba a suicidar. Estoy aterrorizada porque el año pasado tomó una sobredosis de paracetamol sin decírselo a nadie. Horas después me dijo que no se encontraba bien y me contó lo que había hecho. La llevamos enseguida a urgencias y, por suerte, no sufrió ningún daño grave. He guardado bajo llave todos los medicamentos que hay en casa... Pero ¿cómo puedo detenerla si decide volver a hacerlo?

A Nicole se le llenan los ojos de lágrimas. Me levanto para alcanzar la caja de pañuelos de papel que hay sobre la mesa, pero Eleanor, al darse cuenta, saca un par y se los ofrece a su madre. Vuelvo a sentarme y cojo mis notas. Nicole da las gracias a su hija y se enjuga con cuidado los ojos humedecidos. Como padre, comprendo a Nicole, ese deseo de hacer todo lo posible por un hijo.

Eleanor se quita el abrigo.

Les pido que me ayuden a elaborar un árbol genealógico. Esto me da la oportunidad de hablar sobre la historia y las relaciones familiares. Eleanor vive con su madre (Nicole), con un hermano menor (Ethan), con la pareja de Nicole (Justin) y con la hija pequeña de ambos (Jasmine). Eleanor adora a Jasmine, con quien juega a menudo, pero tiene una relación difícil con Justin. No le gustó que se fuera a vivir con ellos y odia que la regañe o le dé órdenes.

Su padre biológico, Brian, abandonó a la familia cuando Eleanor tenía ocho años. Ella se muestra más animada cuando hablamos de él. Recuerda que un día, al volver de la escuela, descubrió que su padre se había ido, pero no podía entender lo que le decían; se quedó mirando la forma de una mancha en el sofá, pensando que parecía un osito de peluche o quizá el *sheriff* Woody de *Toy Story*. Lo recuerda como si fuera ayer. Nicole dice que Brian adoraba a Eleanor

cuando era pequeña, pero que tenía sus problemas. De vez en cuando se emborrachaba y volvía a casa hecho una furia. Aunque no había violencia física, gritaba y rompía cosas.

Después de marcharse, Brian venía a recoger a Eleanor y a Ethan y los llevaba al McDonald's o al parque, pero estas salidas se hicieron cada vez menos frecuentes. Cuando llegó el primer confinamiento por el COVID, perdieron el contacto con él. Le pregunto a Eleanor cómo se siente al respecto.

—Ya lo he superado. Yo no le importo y él tampoco me importa. Si volviera a aparecer, le diría que se largara. No quiero verlo.

Las restricciones y los confinamientos del COVID fueron especialmente difíciles para Eleanor. Empezó a perder la sensación de estructura y propósito, hasta el punto de que a veces se abandonaba y se quedaba en la cama navegando por las redes sociales o mirando vídeos de YouTube en el móvil. Nicole hacía todo lo posible para que mantuviera las rutinas y las tareas escolares, pero trabajaba en turnos agotadores en una residencia de ancianos con poco personal. Se sintió aliviada cuando Justin vino a vivir con ellos, justo antes del confinamiento de la Navidad de 2020.

Eleanor se atrasó con sus tareas escolares y, cuando las clases presenciales se reanudaron por fin, se sintió abrumada por el miedo al fracaso y a que la juzgasen. Cuando le pregunto cómo se siente en la escuela, habla de la falta de amigos cercanos.

—Todos los grupos se habían formado. Todo el mundo parecía seguir con su vida y pasarlo bien, menos yo. Hasta en la terapia soy un fracaso. No hay nada que pueda ayudarme a mejorar.

—Nicole, ¿puedes decirme qué admiras o qué te gusta de Eleanor? —le pregunto.

—Elly es increíble. Ojalá pudiera verlo ella misma. Es amable, es genial con Jasmine, siempre piensa en los demás. Se le da muy bien el arte. Ojalá dejase de destruir los dibujos que hace. Es muy dura consigo misma. Cuando está de buen humor es divertida, hace bromas… Es horrible verla sufrir así.

De nuevo afloran las lágrimas. Eleanor le pasa más pañuelos a su madre, que, de nuevo, se enjuga los ojos. Seguimos hablando. Tras un inicio lento con una adolescente reacia, ahora surgen emociones fuertes, como el miedo y la frustración, pero también el cariño y la ternura, que fluyen entre la madre y la hija.(1)

¿Qué debería ocurrir a continuación?

El principal cometido de una evaluación psiquiátrica en la práctica convencional es indagar, observar y analizar los «síntomas» para llegar al «diagnóstico» correcto. Esto sirve para orientar el plan de tratamiento hacia intervenciones que se consideran basadas en datos científicos con el fin de mejorar la salud de la persona a través de la reducción de sus síntomas. El tratamiento suele consistir en medicación o en terapias específicas.

Esto no significa que se ignoren otros aspectos, como los antecedentes familiares, las relaciones, la situación social, etc., pero todos ellos se consideran cuestiones secundarias que quedan bajo la sombra del cometido principal de descifrar el diagnóstico «correcto» para poder administrar el tratamiento «correcto». El diagnóstico constituye la base en torno a la cual los servicios de salud mental organizan los problemas mentales, los categorizan y ofrecen la

asistencia sanitaria necesaria para ellos. A esto me refiero en este libro cuando hablo sobre la práctica «convencional» en la atención a la salud mental.

¿Es esta la mejor manera de entender lo que ocurre?

¿Son los «síntomas» la mejor manera de entender lo que experimenta Eleanor? ¿Qué nos diría un diagnóstico sobre ella y cómo afectaría a sus creencias sobre sí misma o a las creencias de los demás sobre ella? ¿Cuál es la base científica que respalda (o no) los tratamientos «basados en datos científicos»?

Más allá de los dilemas específicos que plantean cuadros clínicos como el de Eleanor, también hay cuestiones relacionadas con la salud pública, la cultura y otras tendencias poblacionales de las que el caso de Eleanor constituye una parte minúscula. ¿Por qué hay cada vez más personas que reciben diagnósticos de trastornos mentales? ¿Por qué se están volviendo tan frecuentes los diagnósticos como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el autismo? ¿Conduce esta mayor detección a mejores resultados y a una mejor salud mental en nuestras sociedades?

Planteado de manera más general: ¿existe alguna conexión entre todo esto y la sensación de que vivimos en una época de crisis? ¿Es posible que estas tendencias tengan una función comercial que contribuya a que a las empresas vendan más fármacos, tratamientos o contenidos de autoayuda? ¿Podría existir incluso alguna conexión

con un control gubernamental o político que esté actuando en la sombra?

Este libro profundiza en estas cuestiones sin temor a lo que nos puedan revelar. Eleanor y millones de personas como ella podrían estar en peligro si nos limitamos a creer al pie de la letra que su sufrimiento psicológico consiste en ciertos síntomas (como las autolesiones, los sentimientos y los pensamientos depresivos, la irritabilidad, los cambios de humor y la ansiedad) que indican que padece un trastorno mental (como una depresión infantil o un trastorno bipolar) que requiere tratamientos específicos. A través de otros casos que describo en este libro empezaremos a descubrir de qué otra manera podrían abordarse el caso de Eleanor y los de muchísimas otras personas.

Me licencié en medicina en 1988 y ejerzo como psiquiatra infantil y de adolescentes desde 1997. He trabajado en entornos de atención hospitalaria y ambulatoria, en servicios de urgencias, crisis, problemas de conducta alimentaria e interconsulta pediátrica. He compaginado estas actividades con la enseñanza, la escritura y las conferencias. He publicado artículos en muchas revistas de primera línea, así como capítulos en numerosos libros académicos. Soy autor de seis libros y he colaborado con profesionales del entorno académico y con usuarios de servicios de diversos ámbitos en estudios de investigación, en la edición o la coautoría de libros, en la concepción de proyectos, en la redacción de documentos y en la creación de nuevos servicios. En este libro pretendo acercar estos años de experiencia clínica y académica a un público general para compartir lo que he aprendido.

Lo que se está transmitiendo a la gente sobre la naturaleza de los problemas de salud mental es engañoso y puede estar perjudicando nuestra sensación colectiva de bienestar.

La ideología de la salud mental puede ser la mayor y más poderosa causa de los problemas de salud mental actuales.

Explicaré por qué creo que esto es así y lo que podríamos hacer al respecto, tanto de manera individual como colectiva.

1

Los tiempos cambian

> El tiempo lo cambia todo, excepto algo en nuestro interior que siempre se sorprende del cambio.
>
> THOMAS HARDY

EL ROSTRO CAMBIANTE DEL AUTISMO

Junio de 1998. Hace una tarde calurosa y soleada en el este de Londres. Los cristales tintados de las ventanas de mi consulta no impiden que las salas de este lado del edificio se calienten en exceso, lo que me obliga a abrir una ventana y dejar que entre una brisa polvorienta acompañada del zumbido de la ciudad. El ruido del tráfico, intensificado a intervalos regulares por las sirenas de las ambulancias o de los coches de policía, es la banda sonora de mi jornada laboral, algo que mi mente parece haber aprendido a ignorar. Como muchos consultorios del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, las paredes están pintadas de un tono crema y hay cinco asientos acolchados de color lila dispuestos en semicírculo sobre una alfombra gris azulada. Llevo casi un año trabajando aquí como psiquiatra de niños y adolescentes.

Es mi primer encuentro con el joven quinceañero Ibrahim y sus padres. Él está sentado frente a mí, con su madre y su padre, uno a cada lado. Lleva una camiseta a rayas verdes y blancas, y pantalones cortos grises. Sus padres, inmigrantes de Bangladesh, visten ropa elegante que imagino incómodamente calurosa. Se muestran afables, atentos y deseosos de hacer muchas preguntas. Ibrahim ha sido remitido a mi consulta por su escuela —un centro para niños con necesidades especiales y dificultades de aprendizaje— porque últimamente sus problemas de conducta han empeorado de forma notable. Antes era un niño tranquilo y pacífico, pero ha empezado a gritar y a tirar cosas, a veces con rabia o llorando. No saben por qué actúa así ni cómo ayudarlo.

Ibrahim fue diagnosticado de autismo a los seis años. También tiene importantes dificultades de aprendizaje. Nunca ha desarrollado la capacidad de comunicarse a través del lenguaje más allá de unos pocos elementos básicos, por lo que resulta difícil entender la causa de este reciente cambio de conducta. Es un chico de complexión fuerte, de cara ancha y redondeada, que a menudo deja ver sus dientes en una amplia sonrisa difícil de distinguir de una mueca. Al principio de la sesión me doy cuenta de que no será posible que nos entendamos mediante la comunicación explícita. Tras intentar hacerle unas cuantas preguntas directas, su respuesta a cada una de ellas es un educado «sssí», a la vez que asiente con la cabeza y sonríe (¿o se trata de una mueca?). Cada cierto tiempo se levanta de la silla, camina por la habitación emitiendo gruñidos mientras sus padres le hablan (quizá en bengalí), probablemente pidiéndole que vuelva a sentarse, lo que al final hace mientras repite «sssí», asiente

con mayor vehemencia y esboza su sonrisa o mueca. Imagino que esta sesión debe de ser bastante aburrida para él.

Hablo con sus padres sobre el carácter de sus problemas y sobre los cambios recientes y los antecedentes médicos, sociales y educativos. Me explican que tuvieron que mudarse de casa no hace mucho por los conflictos recurrentes con sus vecinos.

Esta es una de las zonas más desfavorecidas de Londres, donde algunas problemáticas sociales como el hacinamiento en las viviendas, la precariedad laboral y las infraestructuras deficientes son el pan de cada día. Pero también es una zona de una diversidad vibrante, llena de colores, imágenes y sonidos asociados a las diferentes cocinas, lenguas y religiones. He llegado a apreciar el mayor grado de apertura emocional que puede experimentarse aquí. A veces encuentro más difícil trabajar con familias acomodadas y educadas, que temen expresar cómo se sienten y ocultan las emociones tras un encomiable deseo de no molestar a nadie, pues esto puede hacer que sea difícil comprender las dinámicas ocultas y tratar los temas delicados.

Los profesores de la escuela de educación especial de Ibrahim me habían alertado del caso. Tenemos un acuerdo por el que, más o menos una vez al mes, asisto a sus reuniones. Allí podemos hablar sobre los alumnos, hacer preguntas y reflexionar juntos sobre cuestiones más amplias de las políticas escolares y el entorno. Analizamos cómo ayudar a los chicos que tienen problemas educativos y los muchos dilemas emocionales que ello conlleva.

Recientemente, las autoridades educativas locales crearon un servicio de apoyo para los niños que también tienen un diagnóstico de autismo. En una de esas reuniones, recuerdo que la directora de

la escuela comentó que le apenaba que los niños no diagnosticados con autismo carecieran del mismo apoyo que tendrían los diagnosticados, aunque le parecía que en el servicio no había nada específico que no pudiera beneficiar también a los no autistas.

Vi a Ibrahim y a su familia unas cuantas veces más. Unos meses más tarde, Ibrahim recibió el alta de nuestro servicio, tras una notable mejoría. ¿Qué fue lo que le ayudó a mejorar? Bueno, eso es lo que pasa con la atención a la salud mental. En realidad, no se puede saber. Quizá fue el paso del tiempo; quizá que los padres se sintieron escuchados; quizá que se fue adaptando a su nuevo hogar; quizá la mejor comprensión de los efectos de la pubertad (tema sobre el que hablé algún tiempo con sus padres); quizá que, en la escuela, al saber que estaba siendo atendido, pudieron sentirse menos agobiados en sus intentos por resolver este problema. Quizá fue descubrir que se le daba bien montar en bici y que, al parecer, podía disfrutar con ello. Empezó a dar paseos en bicicleta de vez en cuando con su hermana y, con el tiempo, le dejaron que montara solo por el parque. Luego empezó a ir y volver en bici de la escuela.

¿Por qué Ibrahim ha permanecido en mi mente durante veinticinco años?

Mi primer contacto con la psiquiatría infantil fue como psiquiatra residente, cuando, en febrero de 1992, me destinaron a una unidad de psiquiatría infantil y de adolescentes. A finales de 1992, tras aprobar los exámenes profesionales para convertirme en miembro del Royal College of Psychiatrists del Reino Unido, realicé una especialización posterior en psiquiatría infantil y de adolescentes, lo que me hizo rotar por varios puestos de entornos hospitalarios y ambulatorios en distintas zonas del centro de Londres. En octubre de

1997, después de finalizar esta especialización, conseguí mi primer trabajo como psiquiatra de niños y adolescentes en el este londinense. En todos los años previos a mi experiencia con Ibrahim solo me había encontrado con otros dos niños con diagnóstico de autismo.

Al igual que Ibrahim, estos dos niños tenían importantes dificultades en el aprendizaje y no era posible mantener una conversación coherente con ellos. Uno de ellos agitaba los brazos y repetía todo lo que yo decía, un fenómeno conocido como ecolalia. El otro, cuando lo conocí en una visita a domicilio, se paseaba enfurecido por la habitación, emitiendo chillidos y otros ruidos extraños mientras su madre intentaba concentrarse en mantener una conversación conmigo.

En el año 2000 me trasladé a un nuevo destino como psiquiatra en la ciudad catedralicia de Lincoln, en el este de Inglaterra. Poco después de instalarme allí, me entrevisté con un psicólogo clínico que quería comentar un caso.(2) Me explicó que estaba realizando un programa de formación y aprendiendo a identificar signos de autismo que antes le pasaban desapercibidos. Describió con entusiasmo el caso de un joven de catorce años al que había atendido recientemente, a quien le costaba hablar de cualquier asunto importante, hasta que surgió el tema del fútbol, en concreto, del Liverpool Football Club (LFC). Este chico podía hablar sin parar de su equipo, igual que su padre, también hincha del LFC. El padre explicó al psicólogo que su hijo seguía todos los partidos, tenía pósters en la pared de su habitación y se peinaba como uno de sus jugadores favoritos.

Para mi sorpresa, el psicólogo había llegado a la conclusión de que esto era un síntoma de «imaginación restringida» y del consiguiente comportamiento repetitivo típico del autismo, trastorno que sospechaba que podían tener el niño y probablemente el padre. Pero ¿qué tiene de extraño que la relación entre un padre y un hijo se caracterice por compartir un interés común? Al parecer, ese interés común se debía a que ambos compartían el mismo trastorno. La razón principal por la que el niño había sido remitido al psicólogo eran ciertos problemas de conducta.

Esta forma de pensar sobre el autismo estaba a punto de extenderse a gran escala. La idea de que el autismo se despliega en un espectro, que abarca desde aquellos que tienen graves dificultades para el aprendizaje hasta los genios de todos los ámbitos culturales y científicos, está ahora tan arraigada en la práctica clínica que muchos de los jóvenes que llegan a los servicios de salud mental como pacientes y que no mejoran con el tratamiento recomendado corren el riesgo de ser considerados autistas. A menudo se propone el autismo como la razón por la que no han mejorado. Da igual si el problema inicial era la ansiedad, la baja autoestima, los problemas de conducta, los trastornos de la conducta alimentaria o incluso la psicosis.

El autismo ya no es lo que era hace un par de décadas. Ibrahim ya no es el caso clásico de autismo.

El rostro cambiante del TDAH

Es un día gris y lluvioso, típico de un noviembre inglés, de 1995. Tengo mi sesión semanal habitual con mi supervisor. Estoy en mi segundo año de especialización avanzada para optar a puestos de psiquiatra infantil. Mi supervisor, un hombre afable, con barba y un ligero (aunque reconocible) acento persa, habla conmigo sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Cada vez es mayor el interés por esta última importación de Estados Unidos. En la prensa británica han aparecido artículos sobre el TDAH que nos explican lo atrasados que estamos en nuestra práctica. Los artículos describen familias con todo tipo de problemas, como pueden ser las sospechas relacionadas con el maltrato infantil, el fracaso escolar y la desestructuración familiar. Entonces, un buen día, el niño problemático es diagnosticado con TDAH y se le empieza a administrar una medicación estimulante. Esto transforma la vida del niño y de su familia (al menos eso es lo que dicen los periódicos).

En la psiquiatría infantil británica de aquella época, si se utilizaba un diagnóstico para los problemas de conducta, el más común era el «trastorno de la conducta». El trastorno de la conducta implicaba que existían causas sociales. La respuesta habitual recomendada eran diversos tipos de terapia familiar o grupal para los padres. El TDAH implicaba algo distinto, algo que no funcionaba bien en el niño, concretamente en su cerebro. Algunos expertos en psiquiatría infantil del Reino Unido empezaron a debatir y a escribir sobre el TDAH, además de elaborar recomendaciones para cambiar la práctica existente.

Mi supervisor estaba interesado en este novedoso campo. Se recostó en su asiento y, mirando con nostalgia hacia el cielo cada

vez más oscuro, anunció que había llegado el momento de explorar bien este fenómeno. Me preguntó si le ayudaría a investigar el tema. Quería ahondar en lo que se sabía sobre la prevalencia del TDAH en la población local, compuesta por un elevado número de familias de origen afrocaribeño. Había un número desproporcionado de niños negros con problemas de conducta en la escuela que a veces acababan siendo expulsados. Podía tratarse de un grupo de niños con TDAH no diagnosticado. Podían existir también cuestiones culturales que las recientes publicaciones sobre el TDAH aún no habían explorado. Me entusiasmó la idea de participar. Sugerí que podía hacer una revisión bibliográfica para ponernos en marcha.

Recopilé un montón de artículos de estudios de investigación y revisiones bibliográficas, de artículos teóricos y textos históricos. Cuanto más leía, más confundido me sentía. Después de analizar un artículo tras otro, me quedé con la inquietante sensación de no ser capaz de entender qué era este nuevo concepto del TDAH. Tal vez me habría sentido diferente si hubiese estado familiarizado con ello antes de empezar mi especialización en psiquiatría infantil, es decir, si lo hubiera integrado como mi forma habitual de pensar. Pero ahora nada me convencía. ¿Qué se entendía por TDAH? ¿De dónde venía este concepto? ¿Por qué razón los comportamientos que forman parte de lo que yo consideraría conductas corrientes de los niños, al menos hasta cierto punto, se consideraban síntomas de una enfermedad? Y no era una enfermedad cualquiera, sino una enfermedad de origen neurológico.

Por más que intentaba encontrar algún tipo de asidero empírico donde afianzar este concepto resbaladizo, no lo conseguía. ¿Seguro que el TDAH no era más que las conductas de déficit de atención e

hiperactividad? Me parecía obvia la circularidad inherente a una supuesta afección médica que viene definida por una característica que de algún modo se causa a sí misma. Una conducta no puede causarse a sí misma. Tener hiperactividad no puede ser la causa de un trastorno de hiperactividad.

En septiembre de 2000, siendo ya testigo del crecimiento del TDAH en la práctica clínica y en la sociedad en general, asistí a la conferencia anual de la Facultad de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Royal College of Psychiatrists. El discurso de apertura, pronunciado por el entonces presidente de la facultad, versó sobre un estudio recién publicado: «Tratamiento multimodal de niños con TDAH» (MTA, por sus siglas en inglés).[1] Este estudio estadounidense estaba a punto de convertirse en uno de los más famosos, si no en el de mayor fama, sobre el tratamiento del TDAH. Nuestro estimado catedrático afirmaba que tendríamos que recetar estimulantes a cualquier persona diagnosticada con TDAH y que, probablemente (dada la falta de recursos), la prescripción de estimulantes (como el metilfenidato, comercializado con diversos nombres) bastaría en la mayoría de los casos.

El estudio del MTA fue un ensayo clínico realizado en múltiples centros durante catorce meses. Participaron 527 pacientes de siete a diez años, que se distribuyeron de forma aleatoria en cuatro grupos de tratamiento: solo medicación (metilfenidato), solo terapia conductual, medicación y terapia conductual combinadas y el tratamiento habitual en los centros.

Los autores llegaron a la conclusión de que, tras catorce meses de tratamiento, los síntomas del TDAH se reducían más en el grupo de solo medicación y en el grupo de medicación y terapia conductual

combinadas en comparación con el de solo terapia conductual, que a su vez obtuvo mejores resultados que el grupo del tratamiento habitual. Una lectura más detallada reveló algunos problemas con esta conclusión. Por ejemplo, a dos tercios del grupo del tratamiento habitual se les había recetado también estimulantes y, sin embargo, obtuvieron los peores resultados. El grupo de terapia conductual consistió en un programa intensivo de seis semanas que podía finalizar en cualquier momento durante los catorce meses, de modo que, cuando pasaron estos catorce meses y se realizó la evaluación, algunas de las familias asignadas a la terapia conductual la habían finalizado hasta nueve meses antes de las evaluaciones finales. En el grupo de medicación se realizaron visitas regulares durante todo el periodo del estudio. Esto planteó la clara posibilidad de que la razón principal de los mejores resultados en los grupos de medicación y de tratamiento combinado de medicación y terapia conductual fuera un efecto placebo, ya que estos grupos, a diferencia de los otros dos, tuvieron revisiones periódicas durante los catorce meses del estudio.

El estudio del MTA de catorce meses se convirtió en el estudio más citado para los tratamientos del TDAH, y suele mencionarse en las guías de tratamiento de muchos países. Pero la historia no acaba aquí.

En 2002 asistí a un importante congreso de psicoterapia en Phoenix (Arizona). En una sala con varios miles de personas me senté al lado de un psicólogo de California. Charlamos entre una ponencia y otra, y descubrimos que teníamos un interés común en el tema del TDAH. Me sentí intrigado al enterarme de que estaba colaborando en las evaluaciones del estudio sobre el MTA en uno de los centros de tratamiento. Atrapó mi atención por completo

mientras conversamos durante la comida sobre lo que estaba sucediendo en el ensayo. Me contó que el equipo con el que trabajaba acababa de terminar el análisis de los datos obtenidos tras un seguimiento de tres años. Recuerdo que me dijo: «Cuando se publiquen estos resultados, nadie querrá que su hijo se siga medicando».

Me sorprendió la claridad y la certeza de esta conclusión. Me explicó que en su centro muchos de los niños que seguían medicándose habían empeorado y sufrido diversos efectos adversos, mientras que los que habían dejado la medicación estaban mejor. Me dijo que sus resultados eran como los de los demás centros y que no tardarían mucho en publicarse.

Pasaron los años y nada se supo de este estudio de tres años. Tal vez me había imaginado toda la conversación. Tal vez el estudio se había suspendido.

Tuvieron que transcurrir cinco años, hasta 2007, para que por fin se publicara el seguimiento de tres años del estudio sobre el MTA.[2] A diferencia del estudio original de 1999, este trabajo, publicado ocho años después (dejando tiempo suficiente para que la prescripción de estimulantes preconizada en el artículo de 1999 se convirtiera en la norma), tuvo poca cobertura periodística o profesional. Al concluir los catorce meses, los participantes en el estudio habían tenido la libertad de elegir qué tratamiento seguir. De hecho, la investigación se había transformado en un estudio naturalista, algo parecido a observar lo que ocurre en los entornos clínicos habituales. Los resultados a los tres años no demostraron que la medicación siguiera siendo superior, con independencia de la gravedad inicial de los síntomas del TDAH. Además, los que tomaron

medicación de forma continua durante los tres años presentaron una probabilidad mayor de sufrir un deterioro de los síntomas del TDAH, tasas más altas de delincuencia, una estatura significativamente inferior (una media de cuatro centímetros) y menos peso (tres kilogramos) que los que no la tomaron.

De modo que, a los tres años, la historia milagrosa de la medicación estimulante estaba perdiendo fuerza. Los que seguían tomándola para el tratamiento del TDAH no mejoraban y experimentaban más efectos negativos que los que no lo hacían. Esto apoyaba mi anterior corazonada de que probablemente el efecto placebo había influido en los resultados del experimento de los catorce meses. Lo que el psicólogo me había dicho cinco años antes era cierto. ¿Quién en su sano juicio querría ahora seguir dándole a un niño estimulantes para el TDAH?

También en 2007, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés; ahora rebautizado como Instituto Nacional de Excelencia Sanitaria y Asistencial) empezó a trabajar en la elaboración de la primera guía británica para la evaluación y el tratamiento del TDAH, que desde entonces ha influido en las directrices de muchos países. Me invitaron a realizar una presentación ante el grupo responsable de desarrollar la guía en una «reunión de expertos» que habían organizado para analizar en concreto la cuestión de la validez del diagnóstico. Yo había preparado una presentación basada en mis investigaciones, que demostraban que el TDAH no cumplía los requisitos de un diagnóstico médico válido y, menos aún, de un diagnóstico relacionado con el neurodesarrollo.

Al final de mi presentación de cuarenta y cinco minutos, los cinco miembros del grupo para el desarrollo de la guía me dieron las gracias y se quedaron con la mirada perdida durante lo que me pareció una eternidad. Recogí mis notas, tomé un sorbo de agua y me dispuse a volver a mi asiento. En ese momento, uno de los miembros del grupo dijo:

—Doctor Timimi, ¿puedo preguntarle si receta o si recetaría en algún caso estimulantes?

—Sí, lo he hecho —respondí con sinceridad—, pero ahora casi nunca lo hago.

No hubo más preguntas. Nada sobre la presentación que acababa de exponer ni sobre la cuestión que se pretendía abordar en el encuentro sobre la validez del TDAH. Salí de aquella reunión con migraña, preguntándome qué era lo que acababa de ocurrir.

En la guía del NICE sobre el TDAH que se publicó en 2008[3] no se mencionaba nada del contenido de las críticas que yo había presentado, solo que el TDAH era un diagnóstico válido y que se recomendaba utilizar estimulantes como el metilfenidato (un análogo de la anfetamina) como tratamiento de primera línea para aquellos con «TDAH grave». ¿Cuál era la justificación para ello? «Incluso los partidarios más fervientes de las intervenciones no farmacológicas en el TDAH reconocen la importancia del tratamiento farmacológico en los casos más graves». Esto aludía a mi respuesta a la única pregunta que recibí. Otra de las razones que dieron se refería a un nuevo análisis de algunos de los datos del estudio sobre el MTA de catorce meses, que indicaba que un subgrupo de niños con síntomas más graves de TDAH presentaba una mayor disminución de los síntomas con la medicación en comparación con la terapia

conductual. Sin embargo, los resultados del MTA en el seguimiento de tres años no habían mostrado ningún efecto beneficioso a largo plazo de la medicación frente a la terapia conductual, ni siquiera en aquellos con síntomas más graves al principio. De hecho, estos tenían una mayor probabilidad de empeorar. El grupo que desarrolló la guía pudo acceder al estudio de seguimiento, pero decidieron ignorarlo.[4]

Ahora me pregunto si habré contribuido de manera no intencionada a difundir la medicalización de la conducta. Supongo que es difícil que un grupo constituido por defensores del concepto del TDAH (cuyas carreras, en muchos casos, se han visto favorecidas por su trabajo en este campo) llegue a la conclusión de que no cumple los criterios para ser una afección médica válida, o de que el tratamiento preferido puede ser problemático. El TDAH había llegado para quedarse, al igual que el tratamiento farmacológico.

En el mundo posterior al confinamiento por la pandemia del COVID se ha producido un extraordinario aumento del número de personas que han recibido el diagnóstico de TDAH, y cada vez son más los famosos a los que se les diagnostica un trastorno neurológico que aparentemente se debe a un desequilibrio químico. Entiendo por qué la gente puede buscar un diagnóstico de este tipo. Al fin y al cabo, es algo que los profesionales de la medicina hemos fomentado.

Como el autismo, el TDAH ha pasado de ser un fenómeno periférico en la práctica y la cultura a ser algo que casi cualquier persona podría tener. El elemento conector entre ambos trastornos —los hallazgos empíricos que puedan respaldar la realidad de estas afecciones— es, como comentaré en los capítulos siguientes,

prácticamente inexistente. Aquel momento, sentado en el despacho de mi supervisor, hace ya muchas lunas, me parece ahora como de otra época.

Los tiempos están cambiando

Febrero de 1992. Me encuentro en la parte del consultorio donde hay una pared con un espejo unidireccional.(3) A mi lado se sienta una experta terapeuta familiar, que gesticula con las manos inclinada hacia delante en su asiento mientras habla de manera empática y animada con la familia a la que estamos atendiendo. Enfrente tenemos a cuatro personas: Sofía, de trece años, su hermana mayor (Julieta), su madre y su padre. Los padres hablan con un marcado acento español. La madre tiene una expresión de ansiedad en el rostro. Apoya una mano en la rodilla de Sofía. Esta mira hacia otro lado, quizá por vergüenza o rechazo (¿hacia sí misma o hacia su madre?). Julieta observa a Sofía con una expresión que denota fastidio, desviando de vez en cuando la mirada hacia arriba cuando habla Sofía o su madre. El padre, guardando distancia física, con su silla alejada del resto de su familia, solo responde a las preguntas si se le formulan de manera explícita. Da la impresión de que se mantiene al margen de la tensa dinámica relacional de la habitación. Están aquí porque Sofía ha tomado recientemente una sobredosis de paracetamol.

Me siento abrumado. Hace poco que he empezado a trabajar en un servicio de psiquiatría infantil y adolescente. Es la primera vez que estoy ante el espejo unidireccional. Hasta ahora, en mi

especialización en psiquiatría, me he encargado de la atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados, he realizado intervenciones de psicoterapia individual, evaluaciones y revisiones de la medicación. Estoy acostumbrado a tratar a las personas en sesiones individuales. Entrevistar a toda una familia en la que se entremezclan emociones intensas es nuevo para mí. ¿Cómo puedo atender a todos? ¿A quién debo hacer preguntas? ¿Cómo hago una evaluación?

Estoy enormemente impresionado (y aliviado) por la habilidad de la terapeuta familiar. Utiliza un método indirecto de hacer preguntas que no había visto antes. Por ejemplo, en vez de preguntar primero a Sofía, le pregunta a su madre cómo cree que se siente su hija. De algún modo, consigue implicar a los cuatro miembros de la familia y, poco a poco, todos intervienen en la conversación.

Al cabo de una hora aproximadamente, hacemos un descanso y pasamos a la sala de observación, situada detrás del espejo unidireccional. Nuestro supervisor y un residente en sus últimos años de especialización han estado observando la sesión. Comentamos lo que ha sucedido hasta ahora. Hablamos de los antecedentes, de la dinámica relacional, de las fortalezas del sistema familiar y del tipo de intervención que podríamos recomendar.

Estoy aprendiendo que en psiquiatría infantil el paciente identificado como tal (en este caso Sofía) no es el único, ni siquiera el principal, sobre el que deben centrarse los esfuerzos terapéuticos. Sofía se halla dentro de una red relacional, en especial la de su familia inmediata, y trabajar con esta red puede ser más eficaz que intentar ajustar o tratar algo que se considera que se encuentra en su mente o en su cerebro.

Este departamento de psiquiatría infantil se encontraba en las dos últimas plantas de un hospital infantil del centro de Londres (el edificio, como tantos otros en ubicaciones muy valoradas, se vendió más tarde, y ahora alberga apartamentos de lujo). Mi supervisor era un hombre de mediana edad, alto, enigmático, elegantemente vestido y bien afeitado, dotado de ingenio y vitalidad, con un toque de picardía en su forma de actuar. Le interesaba la cultura y su conexión con la salud mental. Su agudo intelecto, sumado a su impresionante capacidad para interpretar las dinámicas y proponer planteamientos e intervenciones novedosas, hacían muy interesantes las sesiones de supervisión. En el departamento trabajaban terapeutas familiares, psicólogos, trabajadores sociales y psicoterapeutas infantiles, además de psiquiatras. Utilizaban diversos modelos y técnicas terapéuticas. Tratábamos a los pacientes de forma ambulatoria y, además, teníamos a nuestra disposición dos camas para ingresos y asesorábamos al personal pediátrico de otros departamentos del hospital.

Recuerdo que me sentía fascinado por las muchas intervenciones interesantes y creativas que se ofrecían. Podían ir desde intentar mejorar la comunicación en una familia hasta ayudar a desarrollar redes de apoyo para el joven paciente; desde intervenciones personalizadas para gestionar conflictos hasta dar esperanza y crear seguridad. Algunas intervenciones tenían éxito y resultaban eficaces; otras, no tanto; algunas de ellas las consideraría ahora cuestionables. Lo que no recuerdo es que se diera importancia a la cuestión de qué diagnóstico debía tener cada persona. La categorización se basaba principalmente en las descripciones a primera vista del problema principal que daba lugar a la derivación.

Había «problemas de comportamiento», «problemas de conducta alimentaria», «autolesiones», «sentimientos suicidas», «sobredosis» y, en ocasiones, cuadros «psicóticos». Nunca clasificamos a nadie como paciente con TDAH, autismo o depresión infantil. Así fue como aprendí psiquiatría infantil.

Mis nueve meses de prácticas en psiquiatría infantil me convencieron de que esta era la especialidad médica adecuada para mí. En mi experiencia en psiquiatría de adultos había llegado a la conclusión de que uno actúa la mayor parte del tiempo como un farmacéutico con un título pomposo. La práctica de la psiquiatría de adultos me parecía como una cinta transportadora donde se cambiaban y añadían medicamentos hasta que los pacientes acababan tomando múltiples fármacos tras haber probado todos los que un psiquiatra puede recetar. Los pacientes que uno atiende en las consultas se convierten en números para el sistema, con un curso crónico de recaídas, estancados durante años en los servicios psiquiátricos, sin lograr en muchos casos encarrilar de nuevo sus vidas.

En mi opinión, es doble la aportación de la psiquiatría infantil al resto de la psiquiatría y, de hecho, a la medicina y la atención sanitaria en general. La primera tiene que ver con el desarrollo, que, en su sentido más amplio, nos ayuda a entender que la vida está en constante transformación, que el cambio es el único aspecto predecible de la vida. Al tratar a niños y adolescentes, uno se acostumbra al hecho de que sus cuerpos cambiarán, al igual que sus intereses, sus relaciones, su profundidad emocional, lo que consideran significativo e importante, sus ambiciones, su patrón de sueño, sus creencias sociales y políticas, la música que les gusta, su

sexualidad, etc. Lo único que puedo predecir con certeza cuando veo a una persona joven es que cambiará. Sin embargo, ninguno de nosotros sabe de qué manera. Hay algo maravilloso en esto.

La segunda aportación es comprender que la vida existe en ciertos contextos. La mayoría de las decisiones importantes que afectan a la vida de los niños no las toman ellos, sino diversas personas que se relacionan con ellos. Los contextos de nuestra vida ofrecen tanto posibilidades como limitaciones. Hay contextos materiales, contextos sociales, contextos históricos, contextos culturales, contextos relacionales. La comprensión de lo que ocurre en nuestras vidas dependerá de todos ellos. Cada contexto contribuye a la naturaleza de los marcos interpretativos a través de los cuales organizamos nuestra experiencia e interpretamos el significado de todo lo que nos pasa.

Me considero un psiquiatra infantil tradicional. Respetar esos dos pilares —el desarrollo y el contexto— me ha permitido ver lo que se consideran problemas de salud mental a través de la lente de lo ordinario y lo extraordinario, más que de lo normal y lo anormal. Esto significa pensar de forma sistémica y evolutiva sobre los dilemas a los que se enfrentan las personas en determinados momentos de su vida. Lo único que podemos hacer es generar diversas hipótesis subjetivas (lo que solemos llamar una «formulación») sobre la situación de una persona o familia, y la naturaleza de esa hipótesis tendrá implicaciones sobre las intervenciones que hagamos después. No podemos conocer la verdad sobre sus experiencias.

Cuando me adentré en el mundo de la psiquiatría infantil hace tres décadas, poco podía imaginar lo lejos y lo profundo que podían

llegar los tentáculos de la ideología del diagnóstico en la salud mental. No podía imaginar que esta ideología, tan desmoralizadora en la psiquiatría de adultos, empezaría a dominar mi nueva profesión, trayendo consigo una cultura basada en patologizar, etiquetar y medicar. Nunca ha existido una generación de personas jóvenes tan colonizada a una edad tan temprana por la propaganda de la salud mental.

Tampoco me imaginaba que la propia psiquiatría infantil se convertiría en exportadora al mundo de la psiquiatría adulta, extendiendo conceptos en un principio concebidos para los más jóvenes, como el TDAH y el autismo. Hace tiempo que hemos superado, en cuanto a creencias falsas, a los frenólogos de la época victoriana y a la charlatanería de las lecturas de cartas astrológicas. La gente cree realmente que los avances en el diagnóstico y el tratamiento psiquiátricos son fruto de la ciencia. Espero que este libro contribuya a desmentir esta idea.

Hoy en día, la práctica de la salud mental infantil y adolescente se ha despojado de la curiosidad y la apertura de un marco basado en el desarrollo y el contexto, en favor de los «enfoques orientados al tratamiento». Como ya se indica en el prólogo, en el modelo orientado al tratamiento se obtiene un diagnóstico que luego se usa para determinar el tratamiento correcto. Este modelo individualizado ha facilitado la expansión de ciertas terapias, en especial de la terapia cognitivo-conductual (TCC), por un lado, y del uso de medicación, por otro. La idea de atender a los adolescentes, como Sofía, en el contexto de su familia y su comunidad queda ahora relegada a un plano secundario, donde es posible que los jóvenes sean derivados a un «centro de terapia familiar». Se trata de un

modelo que ve al paciente como el foco del problema cuando las cosas no mejoran tras administrarle lo que se considera el tratamiento correcto para su diagnóstico. Cuando esto sucede, la persona corre el riesgo de acumular nuevos diagnósticos, de ser etiquetada como «resistente al tratamiento» y de que se vayan sumando medicamentos a los ya prescritos.

Ahora la gente se aferra a sus diagnósticos. Estos se han incorporado a sus identidades de la misma manera que ser *punk*, australiano o hincha de cierto club de fútbol. El sistema médico lleva mucho tiempo vendiendo la historia de que cada problema tiene una causa (un diagnóstico) y una solución técnica, ya sea farmacológica o psicoterapéutica. A través de una extraña distorsión de la lógica, no es raro escuchar cosas como: «Pensaba que el problema estaba solo en mí, pero ahora sé que era mi TDAH». El TDAH desempeña simultáneamente el papel de una identidad y la función de «algo que no soy yo».

Parece como si hubiera transcurrido toda una vida desde la época en la que por primera vez me encontré con un enfoque sensato en el ámbito de la salud mental infantil y de adolescentes. Ya casi no puedo imaginar aquellos tiempos.

2

¿Qué es la salud mental?

> La vida no es un problema que deba resolverse, sino una realidad que hay que experimentar.
>
> SØREN KIERKEGAARD

Fen Su está sentada en mi consulta junto a un miembro del equipo de apoyo de su internado que la acompaña en esta primera visita. Va vestida con su uniforme escolar: una americana granate con el escudo del colegio pegado en un bolsillo superior y una falda gris plisada. Tiene el pelo negro liso y un flequillo bien recortado. La mayor parte del tiempo su mirada está fija en el suelo. A veces la levanta y me mira directamente con una expresión inquisitiva (no sabría decir si también hostil). Además, muestra cierto humor, dejando caer algún que otro comentario sarcástico en un inglés que, aunque no perfecto, es sorprendentemente bueno.

Fen Su tiene quince años y este es su segundo año en un internado femenino de la zona. Sus padres viven en Singapur. Es una estudiante muy capacitada y saca buenas notas en los exámenes. Hace un par de semanas se produjo un incidente y tuvieron que llevarla a urgencias tras un «arrebato» en el que se cortó con una cuchilla de afeitar.

El informe del psiquiatra de guardia que la atendió en urgencias indicaba que Fen Su presentaba antecedentes de estado de ánimo bajo y dificultades para dormir. Ella había explicado que se había autolesionado porque se sentía disgustada y enfadada consigo misma por un trabajo escolar que creía haber hecho mal. El informe decía que, movida por la frustración, había roto un lápiz, tirado de la puerta de un armario hasta arrancarla y luego se había cortado con una cuchilla de afeitar.

Cuando el personal del internado acudió al oír el alboroto, la encontró sentada en su cama llorando y gritando «dejadme en paz», mientras un par de estudiantes sentadas a su lado intentaban hablar con ella. Le goteaba sangre del antebrazo.

En el servicio de urgencias recomendaron también una evaluación de «protección», pues Fen Su había mencionado que en el pasado sus padres la habían castigado físicamente. Sin embargo, cuando la trabajadora social la entrevistó más tarde, negó haberlo dicho.

La conclusión del psiquiatra que la había derivado fue que Fen Su probablemente sufría un episodio de depresión y que, por tanto, recomendaba un ciclo de terapia cognitivo-conductual y valorar la posibilidad de administrarle algún antidepresivo, como la fluoxetina.

Cuando me encuentro con Fen Su, un par de semanas después del incidente, resulta ser (como ocurre a menudo) bastante diferente de la persona que había imaginado. Eso suele recordarme que uno de los aspectos más importantes al realizar evaluaciones de salud mental es abordar a cada persona y a cada familia con una mente abierta, que para mí implica la curiosidad y la humildad como ingredientes esenciales que me permiten acceder a versiones contrapuestas de las posibles historias que podrían contarse.

Descubro que Fen Su es una joven despierta y segura de sus opiniones. No teme expresar sus puntos de vista ni contradecir a la asistente escolar que la acompaña. Asegura que se encuentra bien, que no necesita ayuda y que no quiere terapia ni medicación. Se siente avergonzada por lo ocurrido. Confirma haberse enfadado mucho por la (según ella) decepcionante nota en un examen y haber tenido dificultades con un nuevo proyecto. Explica que sus padres han sacrificado su propio bienestar para pagarle el internado y que no quiere decepcionarlos. Insiste en que no se siente presionada por sus padres, que los quiere y que ella misma se exigió demasiado.

Sus padres querían que volviera a casa al enterarse de lo ocurrido, pero ella no quiere ir y tampoco quiso que vinieran al Reino Unido. Confiesa que se autolesionó con una cuchilla de afeitar en un arrebato de ira contra sí misma porque había visto a otra chica de su dormitorio hacerlo y había oído que eso ayudaba a deshacerse de los sentimientos desagradables. Reconoce que se siente desanimada desde el comienzo de este curso porque las tareas escolares le están resultando más difíciles. Hay un par de compañeras en su curso con las que se lleva bien, pero admite que pasa la mayor parte del tiempo concentrada en sus estudios. Desea ir a una de las mejores universidades y espera poder estudiar medicina en el futuro.

No cree que vuelva a autolesionarse y niega tener planes suicidas. A la pregunta de si sus padres le pegan a veces, responde que solía recibir algún castigo físico cuando era más pequeña, pero que no es algo que suceda en la actualidad y que no ha ocurrido desde hace muchos años. Añade: «Aquí no se entiende la manera en que los padres asiáticos demuestran amor a sus hijos».

En su opinión, lo que más le ayudaría en este momento sería que la escuela dejara de dramatizar la situación, que dejaran de llevarla a visitas que no necesita y que, en vez de eso, le ofrecieran más apoyo en sus estudios. En cambio, la asistente escolar explica que la escuela está preocupada por Fen Su y por su estado de ánimo. Creen que necesita una evaluación adecuada de su salud mental y están dispuestos a ayudarla para que pueda realizar el tratamiento recomendado por el psiquiatra de guardia. Consideran que es prioritario que reciba ayuda para su salud mental y creen que, para que pueda seguir adelante con sus estudios, primero tiene que mejorar su salud mental.

¿Cuál es la verdad aquí? ¿Es posible llegar a una verdad definitiva? ¿O sería conveniente abordar esta situación con la idea de que la verdad aún debe descubrirse? ¿No sería quizá más útil preguntarse cuál es la versión más beneficiosa? ¿Cómo deberíamos abordar la tarea de construir esta historia? ¿Qué marco interpretativo permitiría avanzar o, al menos, minimizar los posibles daños? ¿Deberíamos centrarnos en lo que podrían considerarse síntomas de una enfermedad o un estado patológico y ofrecer tratamientos destinados a disminuir, eliminar o controlar mejor esos síntomas? ¿Deberíamos interpretar la situación como algo más ordinario, como una adolescente que se encuentra lejos de su entorno familiar y cultural, y que está pasando por una crisis psicológica debido a que algo ha alterado la percepción de sus propósitos vitales? ¿Deberíamos interpretarla como un problema de salud mental, tal como desea la escuela, o abandonar este enfoque, como desea Fen Su? En cuanto al hecho de que ella reconociera que sus padres a veces la castigaban físicamente cuando era más pequeña, ¿implica

esto la necesidad de realizar una evaluación de malos tratos, deberíamos considerarlo un «trauma» o es algo que deberíamos abordar desde una perspectiva más cultural?

Antes de volver al caso de Fen Su al final de este capítulo, quisiera explicar por qué es difícil responder a estas preguntas. Con demasiada frecuencia, debido a nuestro compromiso con los conceptos que tenemos de salud o enfermedad mental, actuamos como si fuera posible responderlas. Sin embargo, cuando se trata de explicar qué consideramos como enfermedad o trastorno mental, no sabemos literalmente de qué estamos hablando. Por desgracia, los profesionales, académicos, periodistas, profesores, políticos, etc., a menudo actúan como si lo supiéramos.

¿Qué se entiende por salud mental y por enfermedad mental?

Lejos de no hablarse de salud mental, hoy en día se nos atiborra de información para concienciarnos sobre este tema, advirtiéndonos de las pandemias de trastornos mentales, la falta de servicios y la importancia del tratamiento precoz. Pero este interés desbordante presupone que sabemos a qué nos referimos cuando hablamos de salud mental.

Sería comprensible que uno creyera que existen tratamientos específicos para los problemas y que la gente mejora con intervenciones realizadas por los profesionales expertos. Sería fácil pensar que los principales problemas sociales de la salud mental son la estigmatización y la falta de servicios, que la financiación es lamentablemente escasa y las listas de espera larguísimas, que es

escandaloso lo difícil que resulta que las personas que sufren un trastorno mental sean atendidas con rapidez y reciban la asistencia sanitaria y el apoyo adecuados, y que hay que trabajar más para educar a la población sobre la «salud mental».

Pero estos no son los verdaderos problemas. Empecemos por examinar algunas suposiciones básicas preguntándonos *qué es la salud mental* y, por ende*, qué es un trastorno o una enfermedad mental.*

Estas son las dos preguntas, relacionadas entre sí, que vengo planteando desde hace muchos años en los talleres que organizo. Se las he formulado al público no experto, a psiquiatras, psicólogos, profesores y psicoterapeutas, a estudiantes en prácticas con poca experiencia y a profesionales con muchos años de trabajo en los servicios sanitarios. Las respuestas que recibo son reveladoras.

Todavía estoy esperando que alguien me dé una respuesta que demuestre que puede formular, con algún tipo de base empírica, una definición que vaya más allá de una opinión subjetiva y se limite al marco de los hechos medibles. El tipo de respuestas que recibo suele tener que ver con lograr o perder una sensación de equilibrio en la vida, con la ausencia de una afección mental, con la capacidad de funcionar, con un comportamiento o experiencia que se considera fuera de las normas culturales aceptadas, con cómo se siente una persona o con la ausencia de dolor y sufrimiento mental, por nombrar solo algunas de ellas. Algunas personas expresan su definición usando términos más medicalizados, como tener ansiedad o depresión; otras utilizan un lenguaje más corriente, como estar estresado, sentirse abrumado o incapaz de hacer frente a una

situación. El lector también puede intentar responder por sí mismo a estas dos preguntas.

Quizá lo más cerca que he llegado de lo que podría ser un intento de definición más empírica haya sido haciendo referencia al «estado de ánimo» como algo que puede variar a lo largo de un espectro en toda la población, y considerar a aquellos que se encuentran en los extremos estadísticos de este espectro como personas con enfermedades o trastornos mentales. Sin embargo, esto no resuelve el problema de la subjetividad. ¿Qué se entiende por «extremos»? ¿De qué tipo de distribución estamos hablando? ¿Cómo se puede medir el «estado de ánimo»? ¿Por qué hay que considerar el «estado de ánimo» como algo independiente del contexto? ¿En qué casos el estado de ánimo sería un síntoma frente a una experiencia? Pronto nos damos cuenta de que los intentos de fundamentar los conceptos de «trastorno mental» o «salud mental» en la existencia de un mundo factual objetivo se desintegran rápidamente y de nuevo se disuelven en el mar de la subjetividad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como «un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad».[5]

Esta definición no nos ayuda a entender mejor qué quiere decir «salud mental». ¿Qué significa «desarrollar todas sus habilidades»? ¿Se refiere a tomar conciencia de ellas o a ponerlas en práctica? ¿Qué son «los momentos de estrés de la vida» y qué quiere decir «hacer frente»? ¿Qué implica trabajar «adecuadamente»? ¿Cómo sabe una persona que está contribuyendo a mejorar su comunidad?

¿Qué comunidad? En cualquier caso, ¿cómo se define «contribución»? Seguro que existen muchas personas que, por falta de educación, dinero u oportunidades, no son capaces de hacerlo. ¿Son estos desafortunados, por definición, enfermos mentales? Podría seguir.

Lo cierto es que no podemos escapar a algo que tienen en común todas las definiciones de salud o enfermedad mental que he encontrado. Todas son subjetivas. Están elaboradas a partir de una creencia, una opinión, una idea. No se trata de fenómenos que permitan situarse en el mundo objetivo de los hechos de la misma manera que hacemos con un hueso fracturado.

Esto no quiere decir que las definiciones de salud en general no conlleven también un gran componente de subjetividad, pero, como explicaré más adelante, la mala salud física y la enfermedad pueden ubicarse en gran medida, aunque no exclusivamente, en el mundo de los hechos objetivos. Una fractura ósea o una insuficiencia cardíaca existen de forma concreta, medible e identificable empíricamente, por lo que van más allá de la imaginación de la persona que identifica esas patologías.

Entonces, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de trastorno mental, salud mental o enfermedad mental? ¿Qué clase de «cosa» es un trastorno mental? ¿Dónde están sus límites? ¿Cuándo se convierte un comportamiento en anormal, trastornado o patológico? ¿Quién lo decide y en función de qué? La mayor parte de la medicina se ve confrontada por la cuestión de cómo definir lo que es normal y aquello que no lo es. Sin embargo, cuando se trata de los trastornos mentales, debemos atravesar un nuevo grado de confusión, incertidumbre y significados antes de poder afirmar que

algo está fuera de lo normal, es anómalo o está trastornado. En el ámbito de la salud mental, todo fenómeno requiere interpretación, no solo los extremos.

Una breve comparación entre enfermedad física y enfermedad mental

Tomemos, por ejemplo, una situación relativamente simple en la que la confusión sobre la naturaleza del problema es mínima. Alguien corre, resbala en el hielo y cae con fuerza apoyándose en los brazos extendidos. De repente, siente un dolor intenso en el antebrazo derecho. Durante la hora siguiente, nota que se le hincha y se le forman hematomas en el antebrazo. El dolor empeora cuando intenta girar el brazo para mover la palma hacia arriba o hacia abajo. También empeora al extenderlo, por lo que debe sostenerse el brazo derecho con el izquierdo. Decide ir a urgencias.

En el hospital, una radiografía revela que hay una fisura del cúbito y el radio. En este caso, el modelo médico(4) funciona de manera óptima: ya tenemos la explicación de esos síntomas de dolor, de la hinchazón y de la incapacidad para girar el brazo. Las fracturas son lo que se conoce como una «categoría natural», por lo que, en lo que respecta a la clasificación, el diagnóstico explica una anomalía en el cuerpo físico de la persona, y esta puede verificarse empíricamente.

El término «categoría natural» se refiere a algo que existe en la realidad, al margen de nuestra hipótesis subjetiva. Es un hecho verificable de la naturaleza. Ahora podemos desarrollar conocimientos relacionados con este fenómeno natural. Del mismo

modo que la silla en la que estoy sentado puede pesarse, medirse y analizarse de todas las formas empíricas posibles, podemos adquirir conocimientos técnicos sobre las fisuras del cúbito y el radio comparando a muchas personas que sufren el mismo problema. Podemos investigar distintos enfoques y combinaciones de tratamientos, establecer distintos tipos de gravedad y examinar los diversos factores (relacionados con la fractura, el cuerpo de la persona, el tipo de accidente, etc.) que podrían afectar las respuestas a los distintos tratamientos.

Sin embargo, las fisuras pueden pasar desapercibidas con facilidad, por lo que también suponen un reto técnico. Además, aquí existe una importante dimensión psicosocial. Por ejemplo: ¿qué consecuencias puede tener una fractura para los ingresos si quien la sufre es un carpintero que trabaja por cuenta propia? ¿Puede permitirse perder ingresos por tener un brazo escayolado? ¿Se arriesgará a sufrir complicaciones a largo plazo si intenta volver al trabajo demasiado pronto? Estas cuestiones técnicas, psicológicas y sociales están siempre presentes en la atención de la salud.

Pese a estas limitaciones, la medicina es especialmente eficaz en este tipo de situaciones de emergencia en las que puede identificarse una anomalía y el periodo de tratamiento es relativamente breve. En estos casos, utilizando pruebas empíricas, podemos recopilar datos sobre la enfermedad, el tratamiento, la recuperación, las complicaciones, etc. Sabemos qué clase de «cosa» es una fractura ósea.

No todas las situaciones que los médicos enfrentan siguen esta idea simple para entender de qué tipo de cosa se trata. Tomemos como ejemplo la diabetes. La conexión entre los síntomas y la causa

subyacente puede no ser tan evidente. En la diabetes, el diagnóstico hace referencia a una anomalía en el metabolismo de la glucosa, que puede medirse principalmente a través de un análisis de sangre, pero también de otras maneras, como, por ejemplo, examinando la orina para determinar la presencia de unos compuestos llamados cetonas. Es posible que, durante un tiempo, existan algunas anomalías en el metabolismo de la glucosa en sangre que no provoquen síntomas evidentes. La persona afectada podría presentar tan solo algunos síntomas inespecíficos, como cansancio generalizado, sobre todo en el caso de la diabetes tipo 2, que aparece a una edad más avanzada, cuando el organismo se vuelve resistente a la insulina o cuando el páncreas es incapaz de producir suficiente insulina. La diabetes tipo 2 podría manifestarse únicamente como una propensión a las infecciones y pasar desapercibida durante meses o incluso años.

No obstante, sigue habiendo un parámetro físico que puede medirse y un proceso fisiológico, presente en el cuerpo, que existe en un mundo externo a la imaginación del médico que evalúa al paciente. La diabetes se define como una anomalía que provoca una concentración de glucosa en sangre demasiado elevada (hiperglucemia). Por tanto, es verificable mediante datos independientes de la opinión subjetiva. Se puede establecer una causa directa para los síntomas: una hiperglucemia. Puede haber causas menos directas (relacionadas con la dieta y el estilo de vida, por ejemplo), pero la concentración de glucosa en sangre es un parámetro medible, que puede causar otros problemas cuando es demasiado elevada. Así que, en este ejemplo, aunque las conexiones entre los síntomas y la enfermedad no son tan claras y pueden pasar

desapercibidas en las primeras fases o para un médico inexperto, el diagnóstico es de nuevo explicativo. Señala una anomalía que puede causar síntomas en el paciente y que provocará más síntomas si no se trata.

Hay muchas discrepancias en lo que respecta al diagnóstico y el tratamiento de la diabetes tipo 2. Por ejemplo, se debate cuál es el umbral glucémico que justifica un diagnóstico, si se debe recurrir solo a medidas dietéticas y durante cuánto tiempo; cuándo utilizar medicación; cómo tratar las complicaciones; cuáles son las repercusiones psicológicas de sufrir una enfermedad crónica; las cuestiones relacionadas con la dieta y el estilo de vida; la dimensión social de los cuidados continuos a largo plazo, etc. Pero, aun así, sabemos qué tipo de «cosa» es la diabetes.

Hasta aquí todo bien. Ahora vamos a adentrarnos en las dolencias médicas en las que pueden existir síntomas detectables y a veces signos físicos y algunas pruebas objetivas, pero en las que también existen incógnitas respecto a la causa inicial. Muchos tipos de dolores de cabeza, como las migrañas, son buenos ejemplos de este tipo de dolencias. Los diagnósticos de migraña se basan principalmente en la descripción de los síntomas. Aquí estamos avanzando hacia un sistema más descriptivo que explicativo. Sin embargo, dado que hay síntomas físicos característicos que justifican que se los etiquete como «anómalos» (por ejemplo, en la migraña puede haber visión borrosa, dolor detrás de los ojos en un lado de la cara y una mayor sensibilidad a la luz), es probable que exista una patología física. La presentación clínica tiende a ser característica, incluye síntomas físicos, por lo que es razonable suponer que implica procesos corporales específicos.

Así pues, podemos afirmar que conocemos qué tipo de «cosa» es la migraña, aunque nos vamos introduciendo en un terreno más confuso. Estamos empezando a explorar un territorio más descriptivo, en el cual la causa directa está menos clara. Aquí el dolor y el sistema nervioso desempeñan un papel importante, por lo que los aspectos psicosociales cobran más protagonismo. Pero la idea de que se trata de una dolencia fisiológica (es decir, apta para ser descrita médicamente como enfermedad) sigue manteniéndose.

Cuando empezamos a hablar de trastornos mentales, nos topamos con toda una serie de problemas a la hora de apoyar la idea de que tenemos una «cosa» que puede incluirse en el mismo conjunto de ámbitos explicativos que otras «clases naturales» de la medicina. El territorio de lo que hemos estado llamando «síntomas» en un trastorno mental es el de las experiencias y conductas que tienen significados y que pueden interpretarse de forma distinta en diferentes culturas, épocas y contextos.

Esto significa que estamos pasando a un ámbito de la práctica en el que no solo hay desacuerdos y debates sobre dónde fijar los límites, sino también en el que debemos tener en cuenta la trascendencia y la relevancia de los diversos significados que pueden atribuirse a los síntomas, que en ciertos contextos pueden interpretarse como tales, pero en otros no. Al no disponer de signos, pruebas ni marcadores físicos, dependemos totalmente de las observaciones y de los informes de la persona o de sus allegados. Todo es subjetivo y se basa en opiniones. Ahora nos hemos desviado hacia un campo conceptual diferente.

El hecho de que la salud en general también tenga dimensiones importantes que implican valoraciones subjetivas significa que no

podemos escapar del ámbito experiencial a la hora de emitir juicios sobre la naturaleza de la salud y la enfermedad. Por eso creo que un nuevo enfoque de la psiquiatría y de los servicios de salud mental puede suponer una contribución importante, incluso vital, para la atención de la salud en general. La atención de la salud es una actividad social que implica a las personas en diversas relaciones asistenciales. Así, aunque defiendo que es necesario establecer cierta separación entre la salud mental y la física (por ejemplo, en cuanto a lo que etiquetamos como síntomas o enfermedades), también podría resultar problemático insistir en una separación completa y pasar por alto los importantes puntos en común.

La atención de la salud en cualquier ámbito implica un compromiso con la experiencia del sufrimiento. Los contextos psicosociales de la vida de las personas, incluidos los contextos políticos que estructuran sus experiencias y creencias, influyen no solo en los tipos de enfermedades y en las zozobras que padecen, sino también en todo un espectro de resultados relacionados con la salud. La política y la subjetividad no pueden evitarse. Sin embargo, como he explicado, en gran parte del resto de la práctica médica existe un importante componente técnico basado en una comprensión empírica que queda fuera de la subjetividad de la persona que la realiza. Este conocimiento técnico tiene entonces un papel definitorio en la elección de los tratamientos específicos.

El hecho de que no hayamos logrado alcanzar (y probablemente no lo hagamos) esa comprensión técnica de lo que ocurre en los cuerpos y los cerebros de las personas que consideramos que padecen un trastorno mental establece una importante diferencia en la atención de la salud mental. Lejos de ser algo de lo que debamos

avergonzarnos en mi profesión, es algo con lo que deberíamos comprometernos de forma activa si queremos que la atención de la salud en general, y de la salud mental en particular, evolucionen hacia un enfoque más compasivo, humano y colaborativo.

No se puede pensar en la salud y la enfermedad mental como algo que se encuentra en el mundo natural, que existe en algún lugar dentro del cuerpo de la persona, identificable como una «cosa» concreta. No es algo que pueda definirse de forma causal, como una fractura en el brazo, la diabetes o incluso la migraña. Sin embargo, así es como solemos hablar de la enfermedad mental, como si supiéramos qué tipo de «cosa» es y diéramos por sentado que existe dentro de una persona, con independencia de su contexto. Si escuchamos que una de cada cuatro personas sufre o sufrirá un trastorno mental, debemos desconfiar. Es un error espantoso que tiene consecuencias terribles, tanto para los pacientes como para los profesionales. ¿Qué tipo de «cosa» tiene una de cada cuatro personas? ¿Dónde se encuentra esa «cosa» y cómo puedo buscarla? ¿Cómo voy a desarrollar una forma precisa de «medirla» si no puedo localizarla como algo empíricamente identificable?

¿Qué significa «mental»?

¿A qué nos referimos cuando decimos que algo es «mental»? ¿En qué se diferencia de otros términos que podríamos utilizar, como «alma» o «psique»? ¿Dónde reside la «mente» que aparentemente sufre enfermedades? ¿Qué relación tiene con el concepto del «yo»?

¿Qué se entiende por «cognitivo» y otros términos que suelen usarse en la literatura científica? Si todos estos términos son tan ambiguos como la salud mental o la enfermedad mental, ¿qué significa que los utilicemos no como constructos y conceptos abstractos, sino como hechos de la naturaleza científicamente conocidos o cognoscibles?

El árabe es mi segunda lengua. En el pasado he escrito un par de artículos para la *Arab Journal of Psychiatry*. Un requisito de la revista es que los artículos deben escribirse en inglés o en árabe, pero deben incluir un resumen en ambos idiomas. Tuve que pedirle a mi padre que me ayudara en esta tarea, ya que enseguida me topé con un problema en la versión árabe del resumen. No existe una traducción directa en árabe para la palabra «mental».

Mi padre y yo llegamos a la conclusión de que hay tres palabras, quizá cuatro, que podrían utilizarse. Aluden al cerebro, al intelecto y a un concepto del yo. La palabra por la que me decidí, y que es la más utilizada en la psiquiatría árabe, es *nafsiya*, que quiere decir algo así como el «yo-alma» (la traducción inversa tampoco resulta fácil). Esta palabra deriva de *tenafas*, que significa «respirar». En el lenguaje podemos ver que el significado de conceptos como «yo» y «mentalización» depende de los diferentes marcos de interpretación. La palabra más usada en árabe para describir a alguien con un comportamiento «loco» es *majnoon*, relacionada etimológicamente con la palabra *jinn*, que hace referencia a los espíritus sobrenaturales (que pueden ser benévolos o malévolos) y, por lo tanto, sugiere la idea de estar poseído. En inglés, la palabra *madness* (locura) proviene de *mad*, que también se usa para referirse al enfado o a la necedad.

Las referencias al aliento y la respiración ocupan un lugar destacado en muchas prácticas religiosas y espirituales orientales. Las concepciones teológicas de la importancia de la respiración han llevado a muchas tradiciones del mundo a incluir en sus prácticas ejercicios respiratorios. El tema de la respiración, junto con los conceptos relacionados de vitalidad y energía, se han asociado con el «alma» y con cuestiones relativas a los límites entre los aspectos mortales e inmortales de la vida humana.

Existen algunas referencias bíblicas a la conexión entre el aliento y el alma. Según el Génesis, Dios «modeló al hombre del polvo del suelo e insufló en su nariz aliento de vida; y el hombre se convirtió en un ser vivo».[6] La palabra hebrea *ruah.* significa aliento, viento o espíritu. También se refiere a lo que anima las emociones, como la agitación, la ira, el vigor, la valentía, la impaciencia, la impulsividad, los celos y la envidia. Relacionado estrechamente con *nafsiya*, el término hebreo *neshama* significa alma, espíritu o aliento.

Los vocablos árabes relacionados con el aliento son parecidos a los hebreos. En la poesía precoránica, por ejemplo, *nafs* es el yo y *ruh.* significa «aliento» y «viento». En el Corán, *nafs* adquiere el significado adicional de «alma». En la filosofía islámica clásica, la respiración ocupa un papel crucial en el logro de la perfección humana dentro del cosmos, se identifica con la fuerza de la propia vida y conecta los aspectos corporales y espirituales del ser humano. Por tanto, la respiración está estrechamente relacionada con el alma, la espiritualidad y el sentido del yo.

En Occidente quizá se conozca más el papel de la respiración por las versiones occidentalizadas de la filosofía hindú que se encuentran en prácticas como el yoga. El término sánscrito *prana* puede

referirse a «aliento», «respiración», «vida», «vitalidad», «energía» y «fuerza». Se utiliza para aludir al aliento vital en el cuerpo, pero también al alma individual, y tiene correlación con el viento atmosférico y el orden cósmico en un sentido más amplio. Estas ideas influyeron en la teoría de la medicina tradicional de la India y constituyeron la base para identificar una serie de tipos diferentes de respiración con distintos efectos, que dieron lugar a diversas técnicas relacionadas con la salud.

Mi pequeña digresión sobre el aliento, la respiración, el alma, la mente y lo mental pretendía descubrir un pedacito del iceberg para mostrar hasta dónde puede llevar el proceso de desenterrar los supuestos que construyen algo tan simple en apariencia como lo «mental». Existen legados milenarios de pensamiento y práctica, ricos, diversos y profundos, con tradiciones que han ahondado en cuestiones fundacionales relativas a la esencia de la experiencia humana. En tal contexto histórico, la idea de que sabemos lo que significa «mental» parece alarmantemente superficial.

¿Dónde reside el yo?

El examen sobre la naturaleza del yo plantea cuestiones similares a las que he introducido en relación con el concepto de lo mental. ¿Dónde se encuentra el yo? ¿Existe algo que pueda llamarse «yo verdadero»? En caso afirmativo, ¿cómo lo encontramos y qué significa para aquellas experiencias y comportamientos que no consideramos parte de ese yo verdadero? Cuando hablamos de «encontrarse a uno mismo», ¿significa que hay un yo que debemos

encontrar? ¿Puede existir un yo aislado de otros yoes o sin un mundo con el que relacionarse?

Los filósofos, teólogos, sociólogos, antropólogos y muchos otros se han planteado estas preguntas durante siglos. Estas tecnologías del yo han hecho hincapié en todo tipo de fenómenos que se perciben como modeladores de nuestra manera de experimentar y entender nuestro ser en el mundo. Desde las influencias invisibles de las fuerzas sobrenaturales de nuestros antepasados y dioses hasta las estructuras de poder social que nos dictan lo que debería considerarse de sentido común o normal, sin olvidar nuestra capacidad de actuar, decidir y desafiar las creencias dominantes, no nos podemos liberar de la subjetividad en nuestros intentos de comprenderla.

Así pues, las maneras en que imaginamos lo que es el yo no pueden ser fijas, sino fluidas y cambiantes. Las diferentes culturas y épocas tienen distintos ideales que afectan la manera en que interpretamos y comprendemos nuestras experiencias. Quizá lo único que podamos decir con seguridad es que el yo es dinámico y, por tanto, siempre está en movimiento. Tal vez el único aspecto de la definición del yo que deberíamos rechazar sea la idea de un yo fijo y estable. De hecho, quizá la propia preocupación por llegar a una idea del yo sea la consecuencia de una fijación cultural particular.

En términos muy amplios, los sociólogos y antropólogos han descrito una tendencia general de las culturas de todo el mundo a potenciar el individualismo (por ejemplo, en el Occidente anglosajón) o bien el colectivismo (por ejemplo, en la mayoría de las culturas asiáticas y africanas). Estos conceptos se crean al contrastar sus tendencias características. El colectivismo subraya la importancia de

la comunidad, mientras que el individualismo se centra en las preocupaciones de cada persona. En las culturas colectivistas se valoran la unidad, el desinterés y el altruismo, mientras que en las individualistas se fomentan la autonomía y la identidad. Simplificando aún más, en el colectivismo se destacan la responsabilidad y el deber, y en el individualismo los derechos y las libertades.

Soy plenamente consciente de las diferencias en la manera en que mis hijos y yo nos hemos criado. Ellos crecieron tras las puertas cerradas de la vida planificada y ordenada de una familia nuclear, mientras que yo me eduqué en un entorno más colectivista, en el calor seco de Basora, en Irak, rodeado de una familia extensa con libre circulación de personas entre las familias y donde una de mis tías matriarcas me trataba como a uno más de sus hijos.

Aunque la palabra «autoestima» se podría traducir solo de manera aproximada al árabe, este concepto no existe en realidad. La identidad de una persona en la cultura iraquí de mi infancia es relacional. La idea del autocuidado o de la autoestima no solo está culturalmente ausente, sino que resulta muy extraña para alguien cuyo concepto de sí mismo se define por las relaciones. ¿Cómo sería posible sentirte «mejor contigo mismo» sin otros con quienes puedas sentirte mejor?

En el individualismo occidental moderno (o incluso posmoderno), en el que predomina la cosmología científica asociada a la tendencia consumista individual, tendemos a concebir el yo en términos más racionales, a menudo utilizando el lenguaje de la ciencia. Pensamos que la psicología es una rama de la ciencia (porque usa el lenguaje de la investigación y los números) que nos ayuda a comprender la

condición humana. Los problemas del yo (que a menudo consideramos competencia de los servicios de «salud mental») son tratados por expertos que recurren a este lenguaje de la ciencia y la lógica. Además, la identidad y la creencia en un «tú» único y separado, que debe conocerse y descubrirse para poder funcionar dentro de la sociedad y encontrar un lugar en ella, adquiere una importancia que las personas más colectivistas consideran marginal.

Esta forma de entender el yo y su problemática arroja muchas consecuencias. Por ejemplo, se traduce en una obsesión por clasificar a los individuos y sus experiencias para poder dar sentido a sus problemas. El proceso que utilizamos comienza con el análisis de las personas en busca de signos de «psicopatología», «desregulación», etc., que utilizamos para clasificarlas dentro de una «tipología» (que, como explicaré en el capítulo siguiente, llamamos erróneamente «diagnóstico»). Las tipologías que desarrollamos en esta ideología de la salud mental han dado origen a la lucrativa fascinación tan en boga por la identidad.

Estas tendencias políticas y culturales crean un mundo interno que cada vez se considera más fijo e inalterable, en el que las relaciones, junto con los contextos culturales y materiales, son secundarios a la hora de dar forma a la experiencia del mundo en el que nos movemos. Desde esta visión, las emociones se interpretan como un obstáculo que hay que dominar para lograr una forma de vida racional. Por lo tanto, gran parte de la tecnología psiquiátrica y psicológica desconfía de lo que nos provocan las emociones y recurre a intervenciones cuya razón de ser es, en última instancia, controlarlas.

Otra consecuencia de esta forma de concebir «lo que significa ser humano» es que hemos descrito, clasificado y promulgado todo tipo de eventualidades en las que la experiencia humana puede ser errónea. Esto crea una sensación de vulnerabilidad en la mayoría de nosotros, ya que nos sentimos expuestos a la posibilidad cada vez mayor de tener algún problema interno o alguna diferencia esencial que nos haga incapaces de funcionar en determinados entornos (en lugar de pensar que precisamente esos entornos podrían ser hostiles para la manera de funcionar de muchos seres humanos).

No tenemos acceso a las infinitas formas de dar sentido a nuestras experiencias, y es inevitable que nos basemos tanto en las interpretaciones de aquellos con los que nos criamos como en otras influencias a las que estamos expuestos (como los medios de comunicación y las redes sociales). En toda sociedad —y en todo momento— existirán diferentes maneras de dar sentido a cualquier dilema, pero algunas serán más preponderantes que otras. Aquellos con más poder para vender su versión de la realidad tendrán mayor influencia a la hora de decidir cuál será esta historia preponderante.

Entonces, ¿adónde nos lleva toda esta deconstrucción en la que me he embarcado en este capítulo? A que cuando se trata de la salud mental o de la enfermedad mental, no sabemos en absoluto de lo que estamos hablando.

¿Qué le ocurrió a Fen Su?

Regresemos a mi primer encuentro con Fen Su. Ella vive en un internado, lejos de sus padres. Hace poco acudió a urgencias tras

haberse autolesionado. Los psiquiatras que la evaluaron en urgencias opinan que sufre una depresión, pero ella no desea ningún «tratamiento». Ahora que he desmantelado la idea de que existe una verdad que deba descubrirse, explicaré de qué manera esto me permite ir más allá de la evaluación psiquiátrica habitual, a la que he aludido en el prólogo, y que consiste en registrar los síntomas y utilizarlos para realizar un diagnóstico y determinar un plan de tratamiento.

Los daños potenciales de llevar a Fen Su por la vía del diagnóstico y el tratamiento son enormes. Esto no solo le comunicaría a ella y a su entorno que su reacción emocional fue anormal y constituye un signo de una enfermedad o trastorno (una depresión), creando la necesidad de deshacerse de esas emociones perturbadoras, de suprimirlas o controlarlas, sino que además puede exponerla a que se le receten medicamentos (como la recomendada fluoxetina) con pocas garantías de producir beneficios duraderos, pero muchas de inducir posibles efectos perjudiciales (véase el capítulo 11).

Este no fue el enfoque que elegí. Consideré la versión de Fen Su como algo digno de tener en cuenta, preguntándome a la vez por el posible papel de la vergüenza (esta es más común en una cultura colectivista, a diferencia de la culpa, que es una preocupación más individualista).

Mi constructo favorito, al que recurrí para apartarme de la narrativa preponderante de un trastorno mental que requiere tratamiento, fue que Fen Su estaba reaccionando de forma comprensible ante el dilema al que se enfrentaba. Le hice más preguntas sobre su evidente talento, sus fortalezas, su respuesta

ante lo sucedido y, para sacar a relucir la lealtad hacia sus padres y su familia, le pregunté por ellos y por lo que admiraba en ellos.

Gracias al diálogo que siguió a mi curiosidad sobre lo que había significado para ella venir al Reino Unido, salió a luz una historia de valentía, lucidez e iniciativa que escondía el previsible relato de dolor, añoranza y choque cultural. Cuando Fen Su llegó al internado, pasó un par de semanas sin apenas salir de su dormitorio, intentando reprimir su tristeza y soledad a través de los estudios. Luego tomó una decisión. Se propuso obligarse a salir, intentar hablar con las demás chicas e integrarse más en la comunidad escolar. Salió a dar paseos y entabló amistad con otra de las chicas nuevas, Fiona.

Por desgracia, Fiona enfermó durante las vacaciones de verano, tras su primer año en el colegio, y no pudo regresar al inicio del nuevo curso. Fen Su recibió un mensaje de Fiona en el que le decía que no volvería al colegio. Al sentirse sola de nuevo, se dedicó a lo que sabía hacer mejor: estudiar. Unas semanas más tarde, se autolesionó y tuvo que acudir a urgencias. Me explicó que, una vez más, había decidido encarar la situación y ampliar su vida más allá de los estudios. Una vez más, se había propuesto relacionarse con sus compañeras. Aún no estaba segura de si serviría para algo, pero había estado hablando con las dos chicas que habían acudido a ayudarla cuando se cortó. Se sentía avergonzada por lo que había hecho, pero también les agradecía su preocupación.

Estas tramas secundarias de la vida de las personas pueden pasar desapercibidas si nos centramos en lo que no funciona bien y en cómo clasificar el problema para tratarlo. En este caso, Fen Su estaba demostrando algo que todos tenemos y que no se puede ni se debe enseñar: la resiliencia. La resiliencia es algo que

descubrimos cuando debemos afrontar una situación difícil. Ahora había una nueva historia que añadir al archivo personal de Fen Su. Junto a su comprensible reacción humana (no achacable a un «trastorno»), estaba su capacidad de prever, de actuar y de ser valiente. Lejos de indicar que había algo fundamentalmente defectuoso en ella, estaba demostrando lo resiliente que era.

En mi calidad de experto, estos comentarios (expresados tanto de palabra como por carta) ayudaron (espero) a que la escuela, Fen Su y sus padres pudieran alejarse del paradigma de un trastorno mental que requiere tratamiento y adentrarse en el ámbito de una respuesta comprensible a un dilema humano por parte de una persona con importantes fortalezas, conocimientos y habilidades.

No le di ningún consejo concreto, ya que rara vez lo hago en la actualidad. Tuvimos algunas sesiones más de seguimiento, lo que me brindó más oportunidades para observar sus progresos y su capacidad para resolver problemas. Fue dada de alta unos meses después de la sesión inicial.

3

Los diagnósticos psiquiátricos son hechos culturales, no naturales

> La ciencia es una búsqueda continua de la verdad, y esa verdad tiene poco que ver con el consenso. Todo avance científico importante implica desafiar un consenso.
>
> AARON KHERIATY

Adam tiene dieciséis años. Está sentado frente a mí, con la cabeza entre las manos y los codos apoyados en las rodillas. Creo que está llorando; no estoy seguro. Su madre intenta abrazarlo, pero él se sobresalta y se aparta de ella. Sí, es indudable que está llorando.

Ha sido atendido por nuestro equipo de crisis de salud mental para niños y adolescentes después de que un amigo suyo avisara a su madre de que Adam había enviado un mensaje de despedida en su grupo de WhatsApp. Este amigo también explicó que Adam había contado recientemente a alguien del grupo que oía voces. No entendieron de qué estaba hablando, pero él había pedido a este amigo que guardara el secreto.

Adam ha pedido hablar conmigo sin que su madre esté presente. Al principio se muestra reacio a explicar lo que le pasa. Empieza una frase, sacude la cabeza y se le llenan los ojos de lágrimas. Intento

ayudarle formulándole preguntas a las que pueda responder con un «sí» o un «no», es decir, con un mero gesto de la cabeza. A continuación, hago algunas especulaciones sobre lo que puede estar experimentando, con las que Adam quizá pueda coincidir, o bien decirme que no estoy en lo cierto.

Me pregunto en voz alta si está asustado por lo que le ocurre y si teme volverse loco. Adam responde afirmativamente a estas suposiciones y, poco a poco, empezamos a entablar una conversación. Me explica que la primera vez que oyó una voz fue hace unos seis meses, tras ser atacado por un grupo de compañeros a la salida de una tienda. En el colegio había sufrido algún tipo de acoso, sobre todo verbal, pero esta era la primera vez que ocurría de forma física. Lo rodearon y le dieron patadas y puñetazos antes de que llegaran dos personas y los agresores escapasen. Recuerda que sintió miedo. Los dos adultos que detuvieron la agresión le preguntaron si se encontraba bien. Respondió que sí. No quiso presentar una denuncia porque pensó que la situación empeoraría si acudía a la policía.

Aquel día, mientras iba hacia su casa, lleno de vergüenza, rabia y angustia, oyó muy claramente una voz. La describió como la de un sargento enfadado y exigente. «Eres un puto cobarde patético», le reprochó. Miró a su alrededor pensando que había alguien detrás de él y se sorprendió al darse cuenta de que no había nadie. No entendía lo que acababa de ocurrir.

A partir de entonces, empezó a oír de vez en cuando la voz diciéndole cosas despectivas. No podía contárselo a nadie y temía estar volviéndose loco. Pensó que lo «encerrarían» si se lo explicaba

a alguien. Incluso se preguntó si alguien le habría puesto un chip de radio en el cerebro.

Les contó a sus padres que en el colegio le hacían *bullying*, pero no que le pegaban, y que ya no podía ir a ese colegio. Su madre lo ayudó a cambiarse a otro. Al principio las cosas progresaron. Podía concentrarse, los estudios mejoraron e incluso hizo algunos amigos nuevos.

Alrededor de un mes después de cambiar de colegio tuvo una pesadilla. Estaba esperando el autobús escolar en una parada cuando un grupo de personas con pasamontañas y armadas con porras se acercó corriendo hacia donde él estaba. Adam saltó un muro y entró en una casa que le recordaba a la de su abuelo. Enseguida se cerró una puerta detrás de él, y se dio cuenta de que estaba atrapado en una habitación parecida a una prisión, atado a una silla. Se abrió la puerta y entraron las personas con pasamontañas llevando unas cajas que él sabía que contenían instrumentos de tortura. En ese momento se despertó sudando y con el corazón acelerado. Eran las tres de la madrugada, pero no pudo volver a dormirse. Al día siguiente, en la clase de inglés, oyó de repente la voz del sargento diciendo algo como «absolutamente patético», y luego una voz femenina que nunca había oído antes, que dijo, como si le hablara al sargento: «Sé que lo es, pero no deberías ser tan duro con él». Se sobresaltó, miró a su alrededor e intentó volver a concentrarse en la lección. El pánico se apoderó de él. No solo había regresado la voz del sargento, sino que ahora se le había sumado otra. En las semanas siguientes, escuchó estas dos voces con más frecuencia. Aparecían principalmente por la noche, cuando estaba solo en su habitación, pero también en el colegio,

sobre todo en las clases que encontraba aburridas o en las que le resultaba difícil concentrarse.

Cuando tuvo lugar nuestra entrevista ya había aparecido una tercera voz. Las tres voces le decían que era un «patético inútil», aunque la voz femenina a veces suplicaba a las otras dos que no fueran tan duras con él.

La más reciente de las tres voces le recordaba a su abuelo, ya fallecido. Era una persona muy desagradable. Cuando Adam era pequeño y sus padres (ahora separados) tenían una de sus frecuentes peleas, lo enviaban a casa del abuelo junto con su hermano. El abuelo tenía muy mal genio, solía emborracharse y a veces los castigaba físicamente. Recuerda que le daba mucho miedo. Incluso se preguntaba si esa tercera voz sería su abuelo, que ahora lo perseguía en forma de espíritu.

En su anterior colegio había mostrado algunas conductas antisociales y había consumido algunas drogas, sobre todo cannabis. Desde el deterioro de su estado mental había vuelto a consumir cannabis y lo fumaba con regularidad para intentar relajarse.

El día que envió aquel mensaje que llegó hasta su madre había sido especialmente difícil en el nuevo colegio. Se sentía abrumado por las voces, tenía dificultades para dormir y se le ocurrió que la única forma de resolver la situación era suicidarse. Debía de haber alguna parte de él que no estaba totalmente convencida de la necesidad de quitarse la vida, ya que había enviado ese mensaje. Estuvo de acuerdo conmigo en que fue una llamada de auxilio. Tenía miedo de que, si le contaba a alguien lo de las voces, lo enviarían al hospital y lo encerrarían allí.

¿Cómo podemos interpretar la historia y la situación de Adam? ¿Cómo podemos elegir un marco que dé sentido a sus experiencias de un modo que pueda ayudarle?

Con un cuadro como este, era fácil que Adam acabase ingresado en un hospital psiquiátrico por razones de seguridad, para que le hicieran una evaluación más profunda y le dieran un tratamiento. ¿Cuáles son los posibles diagnósticos que podrían barajarse? Hay varias opciones: depresión psicótica, trastorno de estrés postraumático, un episodio psicótico, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o incluso psicosis inducida por drogas. Esta no es una lista exhaustiva de las posibilidades. ¿Podría alguno de estos diagnósticos aproximarse a algún tipo de verdad que apuntase a lo que podía estar provocando esas experiencias de Adam?

Antes de retomar la historia de Adam al final de este capítulo, quisiera cuestionar el tipo de suposiciones que hacemos cuando asignamos a alguien un diagnóstico psiquiátrico. El diagnóstico desempeña un papel importante a la hora de estructurar el tipo de intervención que los servicios médicos realizan a continuación, lo que significa que esta cuestión del diagnóstico será crucial para comprender lo que podría (y no podría) ocurrirle ahora a Adam.

EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NO EXISTE

En el capítulo anterior expliqué por qué no sabemos literalmente a qué nos referimos cuando hablamos de salud mental. La razón de ello es que no podemos escapar de la subjetividad. En vez de descubrir los significados, los creamos a través de la manera que

elegimos para interpretar las experiencias y los comportamientos. A diferencia de gran parte del resto de la medicina, no disponemos de pruebas empíricas objetivas que puedan ayudarnos a entender lo que puede estar ocurriendo en el cerebro y el cuerpo de nuestros pacientes con trastornos mentales, más allá de excluir la presencia de posibles dolencias físicas que puedan estar contribuyendo a su sufrimiento psicológico. En este capítulo me propongo profundizar en el análisis de los diagnósticos de los trastornos mentales para ver qué podrían revelar sobre la práctica habitual, estructurada en torno a la creencia de que estamos ante diagnósticos específicos semejantes a los que encontramos en el resto de la medicina.

Siempre estamos clasificando fenómenos. El propio lenguaje es un sistema de clasificación en el que las palabras representan todo tipo de cosas y sucesos. Los sistemas de clasificación se basan en el proceso de crear clases en función de algún tipo de relación o afinidad común. El tipo de sistema de clasificación que utilicemos dependerá de lo que queramos clasificar y de la finalidad de esa clasificación.

El diagnóstico es un sistema de clasificación basado en la causa. Más en concreto, se basa en la causa inicial (directa). Podemos llevar un coche a un taller para que diagnostiquen una avería. Los técnicos informáticos realizan diagnósticos para detectar fallos de *software* o virus informáticos que provoquen el mal funcionamiento de un programa. En medicina, el diagnóstico es el proceso por el cual se determina la enfermedad que permite explicar —es decir, que ha causado— los síntomas o signos que presenta una persona.

El diagnóstico, por tanto, apunta a procesos causales. Realizar un diagnóstico preciso es una habilidad técnica que permite encontrar el

tratamiento eficaz para los procesos patológicos específicos. Por ello, alguien podría decir: «Mi médico me dijo que el dolor del pecho se debía al reflujo gastroesofágico, no a un infarto». Solemos acudir al médico para que nos responda a la pregunta de «por qué», con la esperanza de que esto sirva para encontrar un tratamiento.

Sin embargo, los diagnósticos psiquiátricos no pueden apuntar a ningún agente causal (salvo algunos, como los relacionados con diversos tipos de demencia). Si me preguntaran, por ejemplo, «¿qué es la depresión?», no podría responder aludiendo a una anomalía concreta conocida. No puedo decir que la depresión es una enfermedad provocada por una concentración de serotonina excesivamente baja en el cerebro. No puedo decirlo porque nadie lo ha demostrado (a pesar de las numerosas investigaciones realizadas) y, por lo tanto, no hay pruebas que lo confirmen o refuten (véase el capítulo 11). Para responder a esa pregunta tendré que ofrecer una descripción parecida a esta: «La depresión es la presencia de un estado de ánimo persistentemente bajo y de pensamientos negativos».

Comparemos esto con la pregunta «¿qué es la diabetes?». Si respondiera de la misma manera, limitándome a describir síntomas como la necesidad de orinar con frecuencia, la sed y el cansancio, me vería en un buen aprieto como médico, ya que hay muchas otras enfermedades que pueden presentar de entrada estos síntomas, y en la diabetes no se manifiestan siempre al comienzo.

En vez de eso, debería referirme a su patología, que implica ciertas anomalías en el metabolismo del azúcar; por ejemplo: «La diabetes es una enfermedad que se produce cuando la concentración de glucosa en la sangre es demasiado alta». Para

pasar de una hipótesis a un diagnóstico confirmado debería obtener datos empíricos independientes (de mi opinión subjetiva) que apoyasen o no mi hipótesis sobre lo que podría estar causando las experiencias descritas del paciente (como el análisis de orina para detectar la presencia de cetonas, o el de sangre para determinar la glucemia en ayunas). Un diagnóstico de diabetes no responde a preguntas más complejas —como por qué aumenta la concentración de glucosa sanguínea—, pero proporciona lo que puede denominarse un «ancla empírica»: algo objetivo, externo a la imaginación y medible. Una hiperglucemia es un sinónimo de diabetes, con independencia de que la persona tenga ascendencia cultural británica o de Sri Lanka.

Hay muchos retos psicosociales que afectan al tratamiento y a las consecuencias de vivir con una enfermedad crónica, pero el ancla empírica significa que sabemos cómo definir un caso. Cuando contamos con una base objetiva y factual para definir un caso podemos desarrollar un conocimiento técnico basado en el hecho de saber que las personas del grupo que estamos estudiando con la etiqueta de diabetes tipo 2 tienen en común algo esencial y característico. En términos científicos, podemos extrapolar los resultados de nuestra investigación sobre el tratamiento y el pronóstico (la previsión a largo plazo) a todas las personas que posean un mismo diagnóstico (lo que se conoce como «esencializar») y a personas de distintos orígenes (lo que se conoce como «universalizar»).

El problema de utilizar una clasificación como «depresión» para explicar una experiencia (es decir, como diagnóstico) puede ilustrarse planteando otra serie de preguntas. Si me preguntaran por

qué alguien se siente decaído y yo respondiera «porque tiene una depresión», la siguiente pregunta legítima sería: «¿Cómo sabe que ese sentimiento de decaimiento se debe a la depresión?». La única respuesta que puedo dar es que sé que es depresión porque la persona se siente decaída. Dicho de otro modo, si intentamos utilizar una clasificación que solo ofrece una descripción para explicar algo, acabamos incurriendo en lo que filosóficamente se conoce como una «tautología». Una tautología es una trampa del pensamiento circular, una afirmación que repite una idea diciendo lo mismo dos veces.

Una descripción no puede explicarse a sí misma. Estado de ánimo bajo y depresión son sinónimos; no se puede utilizar uno para explicar el otro. Es preocupante que los médicos utilicen una categoría descriptiva como la depresión para explicarla y no puedan ver este problema de circularidad tautológica. Utilizar la depresión para explicar el estado de ánimo bajo es como decir que mi dolor de cabeza está causado por una cefalea. En psiquiatría, por tanto, lo que llamamos «diagnóstico» es solo una descripción que no ofrece una explicación. Esto significa que los cuadros psiquiátricos no se pueden encuadrar en un sistema diagnóstico de clasificación.

Si el resto de la medicina se practicara como la psiquiatría, cuando uno acudiese a su médico de cabecera por una tos recurrente este se limitaría a hacer preguntas sobre la tos y a rellenar un cuestionario. A continuación, diagnosticaría un «trastorno de tos recurrente (TTR)». El «diagnóstico» sería una descripción, con la palabra «trastorno» añadida delante. En el resto de la medicina no utilizamos la palabra «trastorno» para nombrar la enfermedad: no decimos «trastorno asmático» o «trastorno diabético». En cambio, casi todos los diagnósticos psiquiátricos empiezan con la palabra

«trastorno». En mi opinión, es un intento de crear un límite imaginario con lo normal.

Sin embargo, uno no esperaría que su médico actuara de esa manera. Como mínimo, esperaríamos que nos auscultara el pecho con un estetoscopio, que buscase signos de la enfermedad y, tal vez, que solicitase más pruebas (como una radiografía de tórax) si no estuviera seguro de la causa de la tos. En el resto de la medicina, el diagnóstico es fundamental. Servirá para orientar al médico en la elección de un tratamiento que pueda combatir la causa inicial de la tos.

Es un hecho bien conocido que, tras décadas de investigaciones en ciencia básica, los intentos de encontrar un marcador biológico o psicológico específico que pueda identificar un diagnóstico psiquiátrico han fracasado. A diferencia del resto de la medicina, que ha desarrollado sistemas de diagnóstico basados en un marco causal y fisiológico, los manuales de diagnóstico psiquiátrico no han logrado relacionar las categorías diagnósticas con ninguna causa. Por lo tanto, no existen pruebas físicas que puedan ayudar a establecer un diagnóstico real.

Técnicamente hablando, *el diagnóstico psiquiátrico no existe*.

Los diagnósticos psiquiátricos deben interpretarse más como hechos culturales que como hechos naturales.

Esa paciente que tengo frente a mí y que me cuenta que está muy triste, que tiene problemas para dormir y poco apetito, ¿presenta un «trastorno depresivo» o está sufriendo la comprensible congoja de un duelo tras la ruptura de una larga relación sentimental hace pocos meses? Si sostenemos que ambas situaciones podrían ser ciertas, está claro que se le puede decir a la paciente que podría

estar sufriendo una depresión o bien un duelo. Sin embargo, la depresión no puede ser un diagnóstico, ya que no explica nada, solo describe algunos aspectos de la experiencia de la paciente; en cambio, el duelo sí podría ser un diagnóstico, ya que tiene pretensiones explicativas. En este caso, el duelo (a diferencia de la depresión) se utiliza como explicación.

Ahora bien, yo no puedo conocer el funcionamiento mental interno de la paciente. Nadie puede. Tanto en el caso del duelo como en el de la depresión sigo sin saber qué tipo de proceso está ocurriendo. ¿Se trata de un proceso fisiológico que tiene lugar en su cerebro? ¿Se trata del proceso psicológico del duelo? ¿Es la pérdida del círculo social que compartía con su pareja? ¿Está preocupada por cómo afectará la separación a su hijo? ¿Tiene miedo de volver al trabajo tras una larga ausencia? ¿Siente vergüenza por lo ocurrido? ¿Se pregunta si es digna de ser amada, si es lo bastante interesante o si es capaz de mantener una relación íntima? ¿Se trata de todas estas cosas o de una combinación de algunas de ellas? La verdad es que no lo sé. Ni ella tampoco. No puedo escapar a mi subjetividad, del mismo modo que ella no puede escapar a la suya. Solo puedo hacer conjeturas sobre el «diagnóstico» (explicación directa), algo que las palabras «trastorno depresivo mayor» no pueden proporcionar.

Cuando se trata de nuestras experiencias emocionales, lo único que tenemos es eso: una experiencia. Después, utilizamos palabras relacionadas con sistemas culturales de creación de significados para asociarlas a esa experiencia. El propio andamiaje para la construcción de significado puede transformar nuestra experiencia. «Tienes el corazón roto» crea un andamiaje diferente al de «tienes un trastorno depresivo» o al de «estás sobreviviendo y

recuperándote de una experiencia dolorosa», o también al de «te admiro por el gran valor que has demostrado al seguir adelante por el bien de tu hijo a pesar de lo difícil que es para ti».

Los defensores del diagnóstico psiquiátrico responden a estas críticas explicando que este se basa en el reconocimiento de un patrón de síntomas que se presentan juntos para formar un síndrome. También pueden recordar las limitaciones del diagnóstico en otras ramas de la atención de la salud para señalar que el resto de la medicina es tan imperfecta como la psiquiatría. Por último, pueden argumentar que, a lo largo de la historia, el reconocimiento de patrones de síntomas ha servido como base para investigar sobre los tratamientos y, con el tiempo, para identificar las causas físicas de ese síndrome. Pueden recordarnos que, antes de que se comprendieran las causas, gran parte de la práctica médica consistía en el reconocimiento de patrones.[7]

No creo que tal postura resista un análisis crítico. En primer lugar, antes de que se descubrieran las causas y se comprendiera lo que se denomina la patología de una enfermedad (la ciencia de las causas y los efectos de las enfermedades), la práctica médica no solo incluía intervenciones ineficaces, sino también perjudiciales. Por ejemplo, antes de que se conociera la teoría microbiana, las operaciones quirúrgicas no se realizaban en entornos estériles. Las infecciones postoperatorias se atribuían a los «miasmas» (efluvios o gases malolientes o insalubres), por lo que las salas de recuperación tras la cirugía tenían las ventanas abiertas de par en par, lo que significaba que, si no te morías por una septicemia, podías morirte por hipotermia. Se utilizaban sanguijuelas para realizar sangrías y los famosos «aceites de serpiente» se usaban para tratar todo tipo de

dolencias. La historia de la medicina está plagada de ejemplos de este tipo. El progreso técnico solo fue posible cuando se comprendió mejor la patología.

En segundo lugar, el argumento del reconocimiento de patrones es débil debido a la manera en que se categorizan los diagnósticos psiquiátricos, basada principalmente en el recuento de síntomas. Tomemos como ejemplo el trastorno depresivo mayor, uno de los trastornos psiquiátricos más diagnosticados. En un estudio con más de quinientos pacientes de entornos clínicos reales, los autores identificaron 1.030 perfiles distintos de síntomas. El perfil sintomático más común solo se dio en el 1,8 por ciento de los casos. [8] Una variación tan amplia de perfiles dentro de una sola categoría diagnóstica significa que, sin una base empírica objetiva, es imposible llegar a la conclusión de que las personas a las que se les ha asignado la etiqueta de trastorno depresivo mayor padecen la misma enfermedad.

Cientificismo psiquiátrico

¿Cómo hemos podido acabar llamando «diagnóstico» a algo que no lo es? ¿Seguro que hay en ello alguna base científica? Lamentablemente, no la hay. Más que de ciencia, se trata de cientificismo (la ciencia como sistema de creencias).

En general, se considera que la ciencia es la actividad intelectual y práctica que abarca el estudio sistemático del mundo físico y natural mediante la observación y la experimentación. La ciencia utiliza un enfoque metodológico que implica la generación de una hipótesis (la

propuesta de una teoría) y su comprobación posterior a través de la experimentación. Los mejores científicos afrontan y aceptan la incertidumbre como requisito previo para ser objetivos en la búsqueda del conocimiento. En las ciencias naturales —en las que se fundamenta la mayor parte de la medicina para desarrollar un sistema de categorización basado en la causa subyacente (diagnóstico)—, el conocimiento se desarrolla y se consolida mediante un tipo de investigación cuyo objetivo es demostrar que algo llamado «hipótesis nula» no es cierto. La hipótesis nula es una afirmación general o suposición por defecto según la cual no existe relación entre ciertos fenómenos medidos. Rechazar o refutar la hipótesis nula —y, por tanto, llegar a la conclusión de que hay motivos para creer que sí existe una relación y que la hipótesis alternativa puede ser cierta— es una tarea central para la ciencia médica moderna.

Antes de que cualquier resultado sea aceptado es necesario que otros equipos de investigadores independientes lo repliquen utilizando los mismos métodos o métodos similares. Esto se debe a que un estudio puede presentar sesgos, tamaños de muestra insuficientes, problemas técnicos con la precisión de sus aparatos, errores en el análisis e, incluso, a veces, una manipulación de los resultados. La «crisis de la replicabilidad» es un problema importante en la investigación psiquiátrica, psicológica y neurocientífica. Un equipo anuncia que ha descubierto algo (por ejemplo, que una zona del cerebro es más pequeña en los pacientes con TDAH que en un grupo sano de la misma edad), pero otros dos equipos que realizan un estudio similar llegan a conclusiones diferentes.

Refutar la hipótesis nula —lo que significa que hay pruebas de que la teoría que proponemos podría ser cierta— es necesario antes de poder pasar a la siguiente fase, que consiste en permitir que otros investigadores realicen experimentos iguales o similares para ver si obtienen los mismos resultados que nosotros. Si en cualquier etapa de este proceso nuestra teoría no resulta respaldada, se debe regresar a la hipótesis nula y presumir que nuestra teoría no era cierta. No es científico pedir a alguien que demuestre que la hipótesis nula es cierta.

Esto significa que no podemos dar por sentado que los diagnósticos psiquiátricos representan categorías que existen de forma natural en la realidad, como ocurre con otras categorías diagnósticas en el resto de la medicina. Debemos empezar con la hipótesis nula y presuponer que cada categoría que llamamos diagnóstico (que implica una causa directa identificable) no es diagnóstica hasta que probemos que la hipótesis nula no puede ser cierta. No podemos seguir adelante con una investigación que presuponga que el trastorno depresivo mayor, el TDAH o el autismo son conceptos que tienen algún poder explicativo de los comportamientos que describen hasta que estemos convencidos de que la hipótesis nula (que estos diagnósticos no explican las experiencias o comportamientos que describen) no es cierta.

La aplicación de esta metodología científica constituye la base de la medicina factual o basada en datos científicos.(5) En su definición más amplia, la medicina factual es un enfoque que busca mejorar la atención sanitaria aplicando el método científico para la toma de decisiones. Durante gran parte de su historia, la medicina se basó más en la subjetividad del «juicio clínico», y los estudiantes de

medicina aprendían las teorías y prácticas favoritas de tal o cual profesor. La práctica médica solía desarrollarse sobre todo a través de experiencias anecdóticas y de la supuesta autoridad del médico o el profesor.

La transición a la medicina basada en datos científicos, tal y como la conocemos ahora, no se produjo de forma sistemática hasta la década de 1980. Recuerdo a un profesor de la facultad de medicina que nos dijo que el 50 por ciento de lo que aprendíamos era incorrecto, ¡pero no sabíamos cuál era ese 50 por ciento!

El movimiento de la medicina factual se propuso sistematizar y recopilar toda la investigación disponible sobre causas y tratamientos, de modo que se pudieran extraer conclusiones generales sobre cuestiones clínicas importantes y actualizarlas continuamente. Esto dio lugar a la creación de organizaciones internacionales como la Colaboración Cochrane y a nuevos métodos analíticos (como el metaanálisis y las revisiones sistemáticas), que permiten a los investigadores agrupar los resultados de muchos estudios. De este modo, era posible evaluar tanto los beneficios como los daños derivados de los tratamientos.

La medicina basada en datos científicos supuso un importante avance en el desarrollo de una atención de la salud más rigurosa desde el punto de vista científico. Sin embargo, el trabajo científico es, en última instancia, una actividad humana y, por tanto, lo que se considera «ciencia» y la manera de interpretarla también depende de procesos culturales y políticos más amplios.

Peter Gøtzsche, en su libro *Medicamentos que matan y crimen organizado*, publicado en 2013, sostiene que la definición de «crimen organizado» concuerda en gran medida con las actividades

de algunas de las principales empresas farmacéuticas.[9] Estas diseñan ensayos clínicos que puedan resaltar los beneficios; controlan los datos, realizan los análisis de manera interna y contratan a redactores profesionales para que escriban los artículos. Seleccionan los resultados que muestran las mayores diferencias en función de sus objetivos de *marketing* en vez de elegir los más importantes para los pacientes. Pagan a profesores universitarios para que actúen como «líderes de opinión», que luego figuran como autores de los estudios cuando apenas han aportado nada y no pueden dar fe de los datos. Los ensayos con resultados negativos se ocultan y no se publican. En los últimos años, varios libros y artículos han dedicado criticas similares a la forma de actuar de la industria farmacéutica y de las autoridades reguladoras de los medicamentos.[10] De esta manera, el afán de lucro lleva a sesgar la información científica a favor de los productos que fabrican. La propia medicina factual ha sido víctima de estas fuerzas políticas más amplias relacionadas con el poder del mercado, por lo que cualquier afirmación sobre las causas o los tratamientos basados en datos científicos debería analizarse con cautela.

La psiquiatría preponderante está afectada por al menos dos tipos de cientificismo. En primer lugar, parodia la ciencia, al utilizar el lenguaje científico y de la medicina factual, además de llevar a cabo investigaciones que tienen la apariencia de ser científicas (por ejemplo, obteniendo imágenes del cerebro). La psiquiatría desea ser vista como parte de la misma cosmología científica que el resto de la medicina. En segundo lugar, como describo más adelante en este capítulo y a lo largo del libro, ignora mucha de la ciencia auténtica y continúa apoyando y perpetuando conceptos y tratamientos que

cuentan con poco respaldo científico. Es decir, que a la psiquiatría le gusta hablar con un lenguaje científico que considera más importante que la verdadera ciencia.

La psiquiatría, junto con la ideología de la salud mental en general, sigue creyendo en el cientificismo a pesar de estos defectos obvios porque vivimos en una cultura en la que la tecnología y los logros tecnológicos se ensalzan y se favorecen. Esto ayuda a conectar con ese imperativo cultural más amplio de querer utilizar la ciencia para explicarlo todo. Frente a este tipo de cientificismo tan extendido, al final es casi irrelevante lo que diga la ciencia, siempre y cuando parezca que se está haciendo algo científico y uno pueda contar mentiras de manera que convenza a otros (incapaces de entender ese lenguaje ni de interpretar los datos) de que el conocimiento que posee se basa en una verdad (porque uno es científico y hace ciencia).

He debatido con colegas psiquiatras y otros profesionales de la salud mental sobre la medicina factual en la salud mental. Suelo encontrarme con dos tipos de defensa contra la acusación de cientificismo. El primero consiste en recurrir a casos anecdóticos: tal o cual paciente mejoró con tal o cual tratamiento; por lo tanto, este tratamiento funciona. Lo anecdótico era precisamente lo que la medicina basada en datos científicos intentaba evitar. El segundo es pedirme que adopte un punto de vista equilibrado. Lo que cada persona cree que es un punto de vista equilibrado depende de dónde se encuentre. Nuestras ideas de lo que es equilibrado provienen de la cultura imperante, no de lo que nos dice la ciencia. En un momento dado, a Nelson Mandela se lo tachaba de terrorista; más tarde se convirtió en la personificación misma de la paz, la

reconciliación y el perdón. ¿Qué perspectiva era más equilibrada? Ofrecer una interpretación coherente con los hechos es más importante que la idea que alguien tiene sobre lo que debe ser una postura equilibrada.

Si existe un trastorno, ¿Cómo sería la normalidad?

¿Cómo llegamos a entender lo «normal»? Nuestra clasificación psiquiátrica de los comportamientos y experiencias que se consideran trastornados se basa en la idea de que el cuadro que presenta una persona se sitúa fuera de una normalidad imaginaria. ¿Cómo se define esta, quién la define y en qué contexto?

En general, la lógica psiquiátrica y de la salud mental refleja de manera inevitable las dinámicas de la sociedad en la que se origina. Teniendo en cuenta que el campo de la psiquiatría se desarrolló en las sociedades europeas y norteamericanas a mediados y finales del siglo XIX, no debería sorprendernos que las preocupaciones de esas sociedades se introdujeran en los conceptos psiquiátricos. Se aceptaba la creencia de que los miembros de las razas «africanas» tenían cerebros más pequeños, un instinto natural para el trabajo físico y eran psicológicamente primitivos en comparación con los miembros de las razas «europeas». Estas suposiciones están presentes en los primeros escritos psiquiátricos y psicoanalíticos.[11]

El psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1858-1926) es considerado el padre de la psiquiatría biológica. Su sistema de clasificación de los cuadros psiquiátricos sigue constituyendo la columna vertebral de los sistemas de diagnóstico que utilizamos hoy en día. Era un racista

entusiasta de la eugenesia. Se quejaba del aumento constante de los trastornos psiquiátricos en las personas civilizadas y creía que esto se debía al gran número de «idiotas, epilépticos, psicópatas, criminales, prostitutas y vagabundos» descendientes de padres alcohólicos y sifilíticos que transmiten sus taras a su descendencia. [12]

El alumno y sucesor de Kraepelin, Ernst Rüdin (1874-1952), cuya influencia se prolongó hasta después de la Segunda Guerra Mundial, defendió las teorías eugenésicas de la degeneración, alegando que la introducción de genes defectuosos en el acervo genético era la causa principal del supuesto aumento de la prevalencia de los trastornos mentales. Kraepelin y Rüdin eran partidarios de la «higiene racial» y llegaron a considerar a las personas con enfermedades mentales fundamentalmente como una carga para la sociedad.

Rüdin participó en la implementación de la «Ley para la prevención de la descendencia con enfermedades hereditarias» de 1933 en la Alemania nazi, que permitía la esterilización forzosa de una serie de personas, incluidas las diagnosticadas de esquizofrenia o depresión maníaca. Esta ley allanó el camino para que los psiquiatras acabaran implicándose en el episodio más vergonzoso de su historia, consistente en exterminar sistemáticamente a sus pacientes. Los psiquiatras de la época nazi contribuyeron de manera decisiva, a menudo como entusiastas defensores, al sistema de identificación, notificación, transporte y asesinato de decenas (posiblemente cientos) de miles de personas consideradas «mentalmente enfermas» y con «defectos raciales» o «cognitivos»

en lugares que iban desde hospitales psiquiátricos centralizados hasta prisiones y campos de exterminio.[13]

Su papel fue fundamental para el éxito de la política, los planes y los principios nazis. Muchos de los implicados eran destacados catedráticos universitarios que formaban parte de los comités de planificación para el desarrollo de los procesos de eutanasia y que proporcionaron el respaldo teórico a lo que ocurrió. Desarrollaron las primeras cámaras de gas utilizadas para el asesinato colectivo antes de que se implementara el plan para aniquilar a judíos, gitanos, homosexuales, comunistas y otros «indeseables». El asesinato de pacientes psiquiátricos constituyó un catalizador clave en el desarrollo de la lógica eugenésica y de la tecnología que facilitó el Holocausto.[14] En el capítulo 7 también analizaremos las raíces nazis del concepto de autismo. La preocupación por las tipologías humanas, las jerarquías y el acervo genético ha estado presente a lo largo de toda la historia de la psiquiatría.

La psiquiatría no es solamente una disciplina médica, sino también una institución social. Siempre hubo una rama interesada por el control social. La psiquiatría representa y refleja, a través de su sistema de diagnóstico, la estructura de poder de la sociedad en la que funciona. En el siglo XIX y principios del XX, si una mujer tenía un hijo fuera del matrimonio podía ser ingresada en un manicomio con un diagnóstico de locura moral. Allí podía encontrarse con otras mujeres ingresadas con un diagnóstico de histeria, lo que refleja la naturaleza patriarcal de aquella sociedad (véase el capítulo 5).

Este legado de discriminación institucionalizada e institucional persistió después de la Segunda Guerra Mundial. Los líderes del movimiento por los derechos civiles y los manifestantes de los años

cincuenta y sesenta fueron etiquetados a menudo de enfermos mentales debido a su supuesta reacción «patológica» de «emotividad», hostilidad y agresividad. En países como Estados Unidos y el Reino Unido encontramos tasas más elevadas de diagnósticos de trastorno psicótico, de aplicación de leyes sobre salud mental, de tratamientos forzosos y de privación de libertad en los pacientes negros, aunque en los países del Caribe o de África, de mayoría negra, no se observan tasas tan elevadas.[15]

La homosexualidad figuró como un trastorno en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*DSM*, por sus siglas en inglés) hasta 1973, cuando se excluyó después de una votación muy reñida. De las 17.910 personas con derecho a voto en esa decisión, el 32 por ciento votó a favor de la eliminación, el 21 por ciento lo hizo en contra y el 47 por ciento no votó.[16] La prevalencia de los trastornos psiquiátricos muestra una correlación inversa con la clase social. Además, cuanto mayor es el nivel de desigualdad en cualquier sociedad, mayor es la prevalencia de trastornos mentales (véase el capítulo 13).

Los problemas sociopolíticos pueden convertirse fácilmente en problemas psicológicos. Las consecuencias devastadoras de las discriminaciones, junto con las desigualdades persistentes y omnipresentes en la sociedad, se convierten en trastornos mentales que requieren atención en salud mental en vez de medidas políticas. La disminución de los límites de la normalidad también significa que, en las últimas décadas, el complejo industrial de la salud mental (CISM) ha seguido beneficiándose de unos ingresos millonarios gracias a la tendencia a individualizar y psicologizar el sufrimiento mental.(6)

No podemos escapar a la naturaleza socialmente construida del territorio que ocupan las ideologías de la salud mental. Las teorías y prácticas que se han desarrollado dentro de la psiquiatría y la psicología no se originaron a partir de una labor científica carente de prejuicios.

Más que descubrir un trastorno, lo que hacemos es crearlo por la forma en que elegimos hablar y clasificar lo que nos presentan los pacientes. Hoy en día prefiero utilizar los términos «ordinario» o «comprensible» como punto de partida para ayudar a dar sentido a las dificultades y dilemas de los pacientes, en vez de empezar con el concepto de «trastorno». Casi todo lo que he visto en mis más de treinta años de práctica como psiquiatra puede resumirse con estos dos términos.

El fracaso en mejorar los resultados clínicos

La primera vez que el galardonado periodista Robert Whitaker escribió sobre un tema relacionado con la salud mental fue en 1998, como coautor de una serie de artículos para el *Boston Globe* sobre el maltrato de pacientes psiquiátricos en los estudios científicos. En aquella época, Whitaker tenía una visión convencional de la salud mental: creía que los psicofármacos corregían los desequilibrios químicos del cerebro y que la nueva generación de estos medicamentos era mucho mejor que la anterior.

Durante su investigación, se topó con una serie de documentos que no concordaban con estas suposiciones. Los estudios de la OMS sobre la esquizofrenia le inquietaron. Estos estudios habían

descubierto que la evolución de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia (considerada como el cuadro más grave al que se enfrentan los psiquiatras) en tres países en vías de desarrollo (India, Nigeria y Colombia) era mucho mejor que en Estados Unidos y en otros cinco países desarrollados. Los pacientes de los países en vías de desarrollo presentaban tasas de recaída inferiores, una tendencia a una recuperación completa significativamente superior, así como un menor grado de deterioro a lo largo de varios años, a pesar de que la mayoría de ellos tenía un acceso limitado o nulo a la medicación «antipsicótica» que tomaban casi todos los pacientes de los países desarrollados.[17]

¿Cómo era posible tal cosa? La disonancia cognitiva provocada por este hallazgo inesperado lo motivó a emprender un trabajo de investigación que marcaría las dos décadas siguientes de su carrera. He tenido muchas conversaciones con Bob sobre su periplo y su investigación, y he estado presente en sus conferencias en numerosas ocasiones.

Bob se sumergió a fondo en el tema y acabó escribiendo tres libros de gran impacto sobre el tema: *Mad in America*,[18] *Anatomy of an Epidemic* (traducido al castellano como *Anatomía de una epidemia*)[19] y, junto con Lisa Cosgrove, *Psychiatry Under the Influence*.[20] Ha dedicado dos décadas a informarnos de que los datos sobre la respuesta a los tratamientos de salud mental, en especial a los medicamentos psiquiátricos, son preocupantes. En vez de la historia de progreso que nos han vendido, la ciencia real nos revela una historia en la que el estado de los pacientes no ha mejorado y, en algunos casos, incluso ha empeorado, paralelamente

a un incremento de la provisión de servicios de salud mental y de la prescripción de medicamentos psiquiátricos.

Gracias al trabajo de Bob, la comunidad académica se ha ido poniendo al día. Últimamente, no solo se están publicando más artículos en las principales revistas especializadas que reconocen la escasa capacidad de los servicios de salud mental para mejorar la salud mental,[21] sino que también han aparecido numerosos libros escritos por psiquiatras, sociólogos, psicólogos e historiadores que llegan a la misma conclusión: el paradigma diagnóstico actual no ha conseguido mejorar nuestros conocimientos científicos ni los resultados clínicos.[22]

En 2021 el periodista Benedict Carey, del *New York Times*, tras escribir durante veinte años sobre temas de psiquiatría, llegó a la conclusión de que la psiquiatría había contribuido «poco a mejorar la vida de los millones de personas que viven con sufrimiento psicológico constante. Casi todos los indicadores de salud mental de nuestra sociedad —tasas de suicidio, ansiedad, depresión, muertes por adicción, uso de recetas psiquiátricas— han empeorado, a pesar de que el acceso a los servicios ha aumentado enormemente».[23]

En 2023 la revista *Time* informaba de que «alrededor de uno de cada ocho adultos estadounidenses toma en la actualidad antidepresivos»; sin embargo, «la salud mental está empeorando de acuerdo con múltiples parámetros. Las tasas de suicidio han aumentado alrededor de un 30 por ciento desde 2000 […]. A finales de 2022, solo el 31 por ciento de los adultos estadounidenses consideraba que su salud mental era «excelente», frente al 43 por ciento de dos décadas antes. Estamos avanzando en la dirección equivocada, pese a que cada vez hay más personas que buscan

atención médica. Eso no ocurre con el cáncer, ni con las enfermedades cardíacas, ni con la diabetes, ni con casi ningún otro ámbito de la medicina».[24]

Un estudio de 2023 basado en registros poblacionales daneses estimó que cerca del 80 por ciento de la población recibiría tratamiento farmacológico-psiquiátrico y que la probabilidad de ser tratado en un hospital de salud mental era del 29 por ciento. Además, reveló que, tras recibir tratamiento, era más probable que las personas experimentaran nuevas dificultades socioeconómicas, se quedaran en paro, recibieran una prestación por discapacidad, tuvieran ingresos más bajos, vivieran solas o fueran solteras.[25]

Peter Gøtzsche es uno de los investigadores de medicina más prolíficos, con una destacada trayectoria en artículos innovadores en las principales revistas médicas basadas en datos científicos sobre temas que van desde la mamografía hasta las vacunas. Su crítica a la ciencia psiquiátrica es mordaz. En uno de sus libros, llega a la conclusión de que la psiquiatría biológica ha sido un fracaso y que la frustración por la ausencia de mejoras a menudo conduce a más diagnósticos, más fármacos, dosis más elevadas y más daños para los pacientes.[26]

Los datos reales sobre los resultados de los tratamientos convencionales en salud mental muestran un panorama preocupante en cuanto a la eficacia de los servicios de salud mental que suelen ofrecerse. El sobrediagnóstico y los cuidados innecesarios se reconocen como un problema creciente en toda la medicina; sin embargo, en el resto de la medicina la respuesta clínica de muchas afecciones a corto y largo plazo ha mejorado con los tratamientos, a

menudo como reflejo de auténticos avances técnicos. Esto no ocurre en el caso de la salud mental.

A pesar de tres décadas de intensa investigación en neuroimagen, seguimos sin disponer de una explicación neurobiológica para ninguna dolencia psiquiátrica. Los avances en el conocimiento científico han ayudado a los cardiólogos, los oncólogos y otros especialistas médicos a mejorar las tasas de éxito de una serie de parámetros clínicamente importantes, lo que ha confirmado que los tratamientos actuales son más eficaces que los que existían hace veinte o treinta años. Es difícil encontrar datos similares para los trastornos psiquiátricos. En consecuencia, la neuroimagen funcional y otras pruebas físicas no se utilizan a la hora de tomar decisiones clínicas.[27]

Las investigaciones realizadas en diferentes países han revelado que, a pesar del crecimiento continuo en la provisión de servicios de salud mental, solo alrededor del 15-25 por ciento de las personas que acuden a ellos mejoran o se recuperan de manera significativa a largo plazo.[28] Este sombrío panorama se da tanto en los servicios de salud mental infantil como en los de adultos. También son considerables las tasas de no asistencia a las citas médicas y las cifras de abandono de los tratamientos. En la mayoría de los países occidentales se ha producido un fuerte aumento del número de jóvenes y adultos calificados como enfermos mentales discapacitados (es decir, personas que requieren prestaciones por discapacidad debido a una enfermedad mental).[29]

El estigma asociado a la idea de que el sufrimiento psicológico es producto de una anomalía en el funcionamiento del cerebro complica aún más las posibilidades de que las personas con trastornos

mentales se recuperen. Casi todos los estudios que han analizado las actitudes de la sociedad hacia las enfermedades mentales han encontrado que el modelo médico de enfermedad mental («la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra») se asocia con un aumento de las actitudes negativas, mayor temor hacia los pacientes y una mayor probabilidad de querer evitar la interacción con ellos. Por el contrario, la idea de que el sufrimiento psicológico, en las distintas maneras en que puede manifestarse, es el resultado de experiencias difíciles se asocia con la empatía y el deseo de ayudar.[30]

Al parecer, la mayoría de las personas que acuden a los servicios habituales de salud mental no experimentan ninguna mejoría duradera o se deterioran. Para encubrir esta desastrosa situación, la profesión psiquiátrica ha creado la idea de que las dolencias que tratamos son «crónicas». De este modo, se ofrece un marco para considerar no problemático el creciente número de personas catalogadas como enfermos mentales que no parecen mejorar o que siguen recayendo a pesar de nuestros tratamientos.

Veamos algunos otros ejemplos que ilustran este preocupante panorama de resultados negativos.

Las tasas de mortalidad estandarizadas (una forma de comparar las tasas de mortalidad de una población) revelan una mortalidad más elevada en los grupos de pacientes de salud mental en comparación con la tasa de la población general. Por ejemplo, un estudio de 2007, con datos de veinticinco países, halló una tasa de mortalidad estandarizada por encima de 2 para los pacientes con esquizofrenia (lo que significa que tenían más del doble de probabilidades de morir en un intervalo de tiempo determinado

respecto a la población general) y que la diferencia en la brecha de mortalidad había empeorado en las últimas décadas.[31]

Un estudio de 2017, que analizó la mortalidad de las personas con trastorno bipolar y esquizofrenia en el Reino Unido del 2000 al 2014, encontró que la brecha en la mortalidad entre estas personas y la población general estaba aumentando.[32] Una revisión de múltiples fuentes de datos científicos reveló que los «medicamentos antipsicóticos» contribuyen a esta brecha en la mortalidad.[33]

Se ha demostrado que el uso prolongado de antidepresivos se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad.[34] En un estudio sobre los resultados a los diez años de 222 personas que habían sufrido un primer episodio de depresión, los investigadores observaron que el -76 por ciento de los pacientes que no habían sido tratados con un antidepresivo se recuperaron y no volvieron a recaer, mientras que esto solo ocurrió en el 50 por ciento de los pacientes a los que se les había recetado inicialmente un antidepresivo.[35] Un amplio estudio, publicado en 2024, que analizó los datos de 125 ensayos controlados y aleatorizados, en los que participaron 8.542 personas de diversos entornos de atención médica, llegó a la conclusión de que la tasa de respuesta global para todos los tratamientos de la depresión era solo del 22 por ciento.[36] Según un estudio de 2006, la evolución natural de la depresión no tratada se asocia a una tasa de recuperación del -85 por ciento en doce meses,[37] lo que indica que el tratamiento antidepresivo puede, de hecho, reducir en vez de mejorar las tasas de recuperación a largo plazo.

En un estudio realizado en quince ciudades de todo el mundo y diseñado para evaluar las ventajas de detección de la depresión, los pacientes que fueron diagnosticados por sus médicos de familia y

tratados con antidepresivos tenían el doble de probabilidades de estar deprimidos al cabo de un año que los que no fueron diagnosticados ni tratados, a pesar de que no presentaban diferencias en el grado inicial de gravedad de la depresión (de acuerdo con los cuestionarios de evaluación utilizados).[38] En un estudio canadiense que documentó los resultados de más de 9.500 pacientes deprimidos durante cinco años, aquellos que tomaban antidepresivos estuvieron deprimidos una media de diecinueve semanas al año, mientras que en los que no los tomaban la media fue de once semanas.[39]

En el Reino Unido, a principios de la década de 1990, el Royal College of Psychiatrists y el Royal College of General Practitioners llevaron a cabo una campaña para combatir la depresión llamada *Defeat Depression*. En la valoración de los efectos de esta campaña no se observó ninguna mejora significativa de los resultados clínicos, pero sí un rápido aumento de la prescripción de antidepresivos.[40] De forma similar, el estudio que evaluó el efecto de la campaña australiana denominada *Beyond Blue*,(7) cuyo objetivo era lograr una mayor concienciación sobre la depresión y otros trastornos mentales, reveló un aumento de las creencias basadas en el modelo médico de la depresión y un incremento de las tasas de diagnóstico de depresión mayor entre 1998 y 2008. También detectó una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud mental en esa década, y que los «conocimientos sobre salud mental» (es decir, la creencia de que la depresión es un diagnóstico médico que requiere tratamiento médico) clasificados como «escasos» o «básicos» ¡eran un factor de protección significativo para la recuperación de la depresión mayor! Es decir, quienes rechazaban la

idea de que su sufrimiento mental era el resultado de una enfermedad llamada «depresión» tenían más probabilidades de recuperarse.[41]

Los trastornos mentales también se han convertido en la causa más común por la que se reciben prestaciones en el Reino Unido. El número de solicitantes ha aumentado un 103 por ciento entre 1995 y 2014, mientras que los solicitantes con otras afecciones disminuyeron un 35 por ciento.[42] Este fenómeno se observa en todos los países desarrollados. En cualquier lugar donde existe un aumento en la tasa de prescripción de antidepresivos se encuentra también una mayor tasa de personas que reciben prestaciones de discapacidad por problemas de salud mental y el diagnóstico de depresión es el más común.[43]

Quizá uno de los estudios más ilustrativos sobre esta discrepancia entre lo que se afirma y los resultados reales sea uno utilizado con frecuencia para justificar el uso sistemático de antidepresivos. El estudio clínico Alternativas de Tratamientos Secuenciales para Aliviar la Depresión (STAR*D, por sus siglas en inglés) se publicó con una acogida entusiasta en 2006 y aún hoy se menciona como ejemplo de éxito en el tratamiento de las enfermedades mentales.[44]

El STAR*D es el mayor ensayo clínico sobre antidepresivos jamás realizado. Participaron casi cuatro mil pacientes con un diagnóstico de depresión que podían recibir entre uno y cuatro tratamientos diferentes y sucesivos. Las personas que no lograban una mejoría con un tratamiento, o no lo toleraban, recibían otro (por ejemplo, se les administraba un antidepresivo diferente) para ver si este mejoraba sus síntomas. Si se consideraba que una persona había logrado algún beneficio con un tratamiento concreto,

preferiblemente la remisión de los síntomas, entraba en una fase de seguimiento de doce meses en condiciones reales para evaluar si la mejora se mantenía o no. Los investigadores del STAR*D notificaron de manera triunfal que la tasa de remisión acumulada había sido del 67 por ciento.

Este dato se sigue citando hoy en día como prueba de la eficacia de los antidepresivos. Sin embargo, el estudio STAR*D había revelado en realidad algo más sobre el fracaso de estos medicamentos en cuanto al logro de mejoras duraderas. Un equipo independiente de investigadores pudo acceder posteriormente a los datos del STAR*D y su análisis evidenció una tasa de recuperación de tan solo el 26 por ciento.[45]

Pero ni siquiera esto muestra el cuadro completo. De forma algo oculta en su informe, los investigadores del STAR*D habían publicado una tabla sobre los resultados de los cuatro tratamientos al cabo de un año, aunque resultaba difícil de interpretar y los autores no detallaron estos datos en el texto escrito. Sin embargo, un grupo de psicólogos independientes determinó más tarde que, según la tabla, solo 108 pacientes (el 3 por ciento) entre todos los participantes habían experimentado una remisión y se habían mantenido bien hasta el final del seguimiento de un año.[46]

Tras realizar un nuevo análisis, el psiquiatra John Rush llegó a la siguiente conclusión: «Solo el 26 por ciento de los pacientes en condiciones reales respondieron a los antidepresivos durante el primer año de tratamiento (lo que significa que sus síntomas disminuyeron al menos un 50 por ciento en una escala de valoración), y solo la mitad de ese grupo tuvo una respuesta mantenida. Y, lo que es aún más desalentador, solo el 6 por ciento

de los pacientes experimentó una remisión completa y mantenida durante el año que duró el estudio. Estos resultados revelan unas tasas de respuesta y remisión notablemente bajas».[47]

La disección del ensayo STAR*D ha continuado. Un equipo de investigadores realizó una solicitud para obtener el protocolo STAR*D y otros documentos relevantes conforme a la Ley de Libertad de Información de Estados Unidos. El análisis de estos documentos, publicado en 2023, demostró que los investigadores del STAR*D se habían desviado del protocolo original, lo que les llevó a inflar la tasa de remisión que publicaron.[48] Tras esta última crítica, el doctor John Miller, redactor-jefe de la respetada revista *Psychiatric Times*, publicó un artículo de opinión en el que afirmaba: «Para nosotros, los profesionales de la psiquiatría, si los autores de la *British Medical Journal*(8) están en lo cierto, se trata de un enorme revés, ya que todas las publicaciones y las decisiones políticas basadas en los resultados del STAR*D que se han convertido en un dogma clínico desde 2006 tendrán que ser revisadas, reconsideradas y, posiblemente, retiradas».[49]

Aunque la historia de la psiquiatría está plagada de fracasos científicos, el hecho de que esta práctica haya adquirido tanta preponderancia significa que también supone una historia de notables éxitos políticos.

¿Qué le ocurrió a Adam?

Comencé este capítulo hablando de Adam, que había empezado a oír voces, tenía ideas suicidas y posiblemente sufría algunos delirios.

Desde un enfoque convencional probablemente se le habría diagnosticado un primer episodio psicótico y después le habrían recetado lo que se conoce como medicación «antipsicótica».(9) La etiqueta diagnóstica podría cambiar en algún momento a esquizofrenia, especialmente si las voces persistiesen a pesar del tratamiento prescrito. Bajo esta interpretación, las voces que experimenta se considerarían «alucinaciones auditivas» y se interpretarían como un síntoma de una enfermedad. El éxito del tratamiento se evaluaría en función de si los síntomas desaparecen o se reducen de forma notable. La posibilidad de que la audición de las voces tenga algún sentido queda excluida cuando se califica como un síntoma y no como una experiencia.

Dados los problemas asociados al diagnóstico y algunos de los resultados desfavorables que he descrito en pacientes en condiciones reales, creo que mi deber profesional es intentar defender el principio de «lo primero es no hacer daño» que los profesionales de la medicina estamos obligados a seguir. Si hubiera una forma de ayudar a Adam sin necesidad de recurrir al diagnóstico y a la medicación, sería lo primero que debería intentar.

Una consideración importante es si la medicación podría ser útil en esta etapa. Si no logro mantener una conversación al menos parcialmente coherente con Adam, puedo preguntarme hasta qué punto está emocionalmente agitado y si podría ser necesario recetarle algo, sobre todo si sufre de insomnio. Sin embargo, mi experiencia clínica con muchas personas que oyen voces es que el uso de medicación, incluso en estas fases iniciales, suele ser innecesario. De hecho, existe un movimiento internacional llamado *Hearing Voices* («escuchar voces») que reconoce que muchas

personas pueden oír voces, y que esto no siempre es signo de un problema psiquiátrico. Puede ser parte de una respuesta a una situación angustiosa que tenga algún sentido y reflejar una de las muchas formas en que los seres humanos responden ante la adversidad.

Supuse que Adam estaba teniendo una reacción comprensible ante una circunstancia vital difícil, una respuesta debida a la angustia. Interpreté sus voces como una exteriorización de sentimientos inconscientes demasiado insoportables para contenerlos en ese momento. Cuando de niños sentimos emociones fuertes (como el miedo), no tenemos la capacidad intelectual necesaria para tomar distancia y verlas en su contexto más amplio (esto es difícil incluso para los adultos). Los niños se encuentran en esa fase egocéntrica del desarrollo y, en consecuencia, experimentan el mundo como una extensión de ellos mismos. Esto los lleva a sentir que son ellos quienes provocan las cosas (malas) que les ocurren. Si hemos vivido una situación de mucho miedo siendo niños, podemos sentir que el mundo es un lugar aterrador y que, de alguna manera, somos nosotros los responsables de que ocurran cosas malas o aterradoras.

Adam vivió algunas situaciones horribles con su abuelo. La vida en su casa tampoco parecía demasiado buena. Es muy posible que esto le haya predispuesto a sentirse amenazado e inseguro. El hecho de pasar por otra experiencia como el acoso y el ataque que sufrió puede haber confirmado esa profunda sensación que alberga desde hace tiempo: que está destinado a que le sucedan cosas horribles. El mundo adquiere entonces un carácter inquietante y fatídico.

De este modo, las voces se convierten en manifestaciones de sentimientos inconscientes que se tornan conscientes. El intento de Adam de reprimir sus miedos se ha desbordado. Visto de esta manera, las voces son encarnaciones de partes del yo que ahora se experimentan como incorpóreas y desconectadas de él. Se trata de una forma de hacer conscientes sus conflictos internos.

En las sesiones siguientes, Adam y yo nos dedicamos a conocer las distintas voces, a ponerles nombres y a intentar entender lo que pretendían comunicar. Una voz representaba a su abuelo, que lo menospreciaba desde pequeño. A esta voz la llamó «Joe». A la primera voz que escuchó la llamó «sargento mayor»; era una voz que fundamentalmente lo animaba a defenderse. A la segunda voz la llamó «Julie» (por una exnovia cuyos sentimientos hacia él encontraba confusos). Llegamos a la conclusión de que representaba su impresión de no sentirse protegido, sobre todo por su madre, cuando sus padres se divorciaron y lo enviaron con su abuelo maltratador. La madre de Adam asistió a varias sesiones, al igual que el padre. Ambos apoyaron este enfoque y consideraron que esta forma de estructurar las experiencias de Adam también tenía sentido para ellos.

El hecho de interpretar la experiencia de Adam de esta manera empezó a cambiar su relación con las voces y, en consecuencia, el poder que ejercían sobre él. Reconocerlas como parte de sus propios pensamientos y sentimientos, y ponerles nombre, además del hecho de animarlo a que hablase de ellas e incluso a que dialogase con ellas cuando estuviera solo en vez de intentar suprimirlas o ignorarlas, contribuyó a reducir su poder. De algún modo, esas voces

le habían ayudado a traer a la luz conflictos y sentimientos que ahora podía controlar mejor e integrar en su sentido del yo.

Continué viéndolo durante otro año y medio y, cuando fue dado de alta, estaba yendo a un colegio nuevo. Seguía escuchando las tres voces, pero ahora eran mucho más silenciosas, no las oía tan a menudo y ya no les tenía miedo. De hecho, se convirtieron en su barómetro, que le informaba de cuándo estaba estresado por algo. No volvió a tener ningún comportamiento suicida, y mi expectativa es que se recuperará.

4

La expansión de los conceptos

> La libertad de elegir —ya sea en el aspecto sexual, de consumo o emocional— es la cuestión principal bajo la que se organizan el yo y la voluntad en las sociedades liberales.
>
> EVA ILLOUZ

Es mi primer encuentro con Andrew, de diecisiete años. En su historia clínica aún figura su nombre de nacimiento, Andrea. Ha estado viniendo a nuestro centro de manera intermitente desde hace muchos años. La última vez que lo atendimos en nuestro Servicio de Salud Mental Infantil y de Adolescentes (CAMHS, por sus siglas en inglés) fue por problemas de conducta. Anteriormente le habían diagnosticado TDAH y después autismo.

Voy a buscar a Andrew a la sala de espera. Es alto y delgado, con el pelo corto teñido de rosa por un lado y rubio pajizo por el otro. Lleva vaqueros con agujeros y parches de diseño, y una camiseta holgada de manga larga. Ha venido solo. Parece un poco ansioso mientras subimos las escaleras hasta mi consulta, en la primera planta. Se sienta y se inclina hacia delante. Ha querido venir solo porque no quiere agobiar a sus padres con sus problemas. Ahora es él quien busca ayuda, mientras que en el pasado la mayor parte del

tiempo tenía la sensación de que sus padres lo traían porque estaban preocupados por él.

Me explica que hace alrededor de un año comprendió por fin que uno de los problemas que había tenido que afrontar es que es trans y que se identifica con ser hombre y no con el cuerpo femenino con el que nació. Salió del armario con sus padres como hombre trans y parece que ellos lo han aceptado, aunque su padre no deja de preguntarle si está seguro. Dice que intentó ser una mujer y que durante la pubertad trató de convencerse de que su incomodidad se debía a que necesitaba acostumbrarse. Ahora cree que la razón por la que nunca se encontraba del todo bien es porque en el fondo estaba interpretando un papel y se sentía obligado a cumplirlo «por la sociedad». Cuando se dio cuenta de que en realidad era un hombre atrapado en un cuerpo de mujer, sintió un gran alivio. La mayoría de sus amigos lo han aceptado como hombre trans.

Decía que había estado reprimiendo sus sentimientos de no encajar. Se dio cuenta de que al hacerse mayor miraba a los hombres y a otros chicos con envidia, deseando ser como ellos. Se había esforzado mucho por quererse como mujer y aceptar el cuerpo que tenía, pero, pese a todos sus esfuerzos, no lograba deshacerse de la sensación de que había algo que no funcionaba, algo con raíces profundas que no era solo el TDAH o el autismo. Tras salir del armario como hombre trans, su vida empezó a tener más sentido, pero la sensación de no encajar, de no ser lo suficientemente bueno y de no salir adelante en la vida había persistido. Todavía sufre fuertes «cambios de humor». Él y sus padres piensan que tal vez se deba a que tiene algún otro problema, quizá un trastorno bipolar. Sus estados de ánimo son como una montaña rusa: un día se siente

en la cima del mundo y al día siguiente se derrumba y siente deseos de suicidarse.

Sabe que hay una larga lista de espera para el tratamiento médico de la «disforia de género», aunque no está seguro de hasta dónde quiere llegar con el tratamiento, en especial con los procedimientos quirúrgicos. La razón principal por la que acude ahora a consulta es que no podía dejar de sentir ansiedad y depresión, y se preguntaba si también tendría un trastorno bipolar o algún otro, y podría necesitar medicación. A menudo no asiste a las clases en el instituto y ha perdido la motivación para seguir el ritmo de los estudios. También ha tenido «paranoias», una extraña sensación de que alguien le seguía camino del instituto, aunque sabe que no hay nadie. Cada vez falta más a las clases y se pasa el tiempo jugando a videojuegos en internet.

Cuando todavía era Andrea, la familia atravesó muchas situaciones complicadas. Su padre, que era piloto de la Royal Air Force, estuvo a punto de matarse cuando su avión sufrió una avería mientras sobrevolaba Siria. Consiguió aterrizar mientras la cabina se llenaba de humo. Según Andrew, su padre solía pasar largas temporadas fuera por su trabajo, pero después del accidente se volvió malhumorado, gritaba a menudo y empezó a beber demasiado. Los padres se separaron durante un tiempo y tuvieron que cambiarse de casa varias veces. Al final, volvieron a juntarse y su padre decidió hacer terapia. Desde entonces, la vida en casa había mejorado y la situación se había vuelto más estable.

Los dilemas de Andrew son algo habitual para quienes trabajamos en el campo de la salud mental. Los pacientes suelen decir que tienen la sensación de que algo no va bien, pero no saben

exactamente qué. Es un anhelo de encontrarle motivos a esa sensación de ser diferente o de no «encajar» en el mundo que les rodea. El CISM les ofrece un abanico de posibles razones que parecen explicar por qué pueden sentirse así. El problema es que, una vez que uno entra en esta sala de espejos, cuando cree haber encontrado su verdadero reflejo en un diagnóstico, al cabo de un tiempo aparecen nuevas distorsiones que llevan a buscar nuevas razones posibles. Retomaré la historia de Andrew al final de este capítulo.

La CRECIENTE MAREA DE PROBLEMAS MENTALES

En el primer capítulo expliqué cómo se había transformado la práctica psiquiátrica durante los últimos treinta y pico años de mi carrera, a medida que ciertos conceptos que antes eran marginales se expandían más de lo que jamás habría imaginado cuando empecé a formarme como psiquiatra de niños y adolescentes. En los capítulos 2 y 3 expuse que la salud mental es un concepto escurridizo y que lo que llamamos diagnósticos psiquiátricos no son realmente diagnósticos en el sentido médico. Como la ideología de la salud mental se sustenta en la subjetividad, es vulnerable a lo que llamo el efecto de la banda elástica, es decir, a que los diagnósticos sean flexibles y puedan expandirse (o contraerse) en función de las fuerzas sociales.

Según datos del Gobierno estadounidense, «casi tres de cada cinco chicas adolescentes de secundaria afirmaron que se sentían tristes o desesperanzadas en 2021, lo que representa un aumento

del 60 por ciento en la última década […]. Los datos muestran un aumento espectacular de las experiencias de violencia, de los problemas de salud mental y del riesgo de suicidio en las adolescentes […]. Alrededor del 57 por ciento de las jóvenes describieron "sentimientos persistentes de tristeza o desesperanza", frente al 36 por ciento en 2011, de acuerdo con los datos».[50] Una encuesta realizada en 2023 en Estados Unidos reveló que el 40 por ciento de los padres están o bien extremadamente o bien muy preocupados ante la posibilidad de que sus hijos sufran un trastorno de ansiedad o depresión. En la actualidad, el suicidio es la segunda causa de muerte en los jóvenes de quince a veinticuatro años.[51] Según datos de la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas en Estados Unidos, las tasas de trastorno depresivo mayor en adolescentes estadounidenses aumentaron más de un 145 por ciento entre 2010 y 2021, hasta alcanzar un 30 por ciento en este grupo de edad; en los chicos en concreto, aumentaron un 161 por ciento y, en la actualidad, el 12 por ciento cumple con los criterios de este diagnóstico.[52]

Según un informe de la Oficina del Cirujano General de Estados Unidos, «la pandemia de COVID-19 puso en evidencia la relación que existe entre el trabajo y el bienestar para muchos trabajadores estadounidenses. En una encuesta realizada en 2021, el 76 por ciento de los trabajadores manifestaron que presentaban al menos un síntoma de algún problema mental (ansiedad, depresión), lo que supone un aumento de 17 puntos porcentuales en solo dos años». [53]

La Asociación Médica Británica publicó que «en el Reino Unido, el número de niños y jóvenes atendidos por los servicios de salud

mental ha aumentado un 309 por ciento desde abril de 2016 [...]. En julio de 2022, en el 10 por ciento de las zonas con un nivel mayor de privación económica, el número de personas atendidas por los servicios de salud mental fue más del doble en comparación con el 10 por ciento de las zonas con los niveles más bajos de privación». [54]

Además, el Royal College of Psychiatrists (en 2021) declaró que «Inglaterra se encuentra sumida en una crisis de salud mental, y los menores de dieciocho años son los que más la sufren [...]. Un número récord de niños y adultos acudieron al NHS(10) el año pasado debido a problemas de ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimentaria, o por sufrir una crisis de salud mental [...]. Los servicios del NHS tuvieron dificultades para hacer frente a esta demanda».[55]

En Canadá, la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad aumentó de manera considerable entre 2012 y 2022, sobre todo en las mujeres y los jóvenes de entre quince y veinticuatro años. Por ejemplo, en las mujeres jóvenes, la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se triplicó, pasando del 3,8 por ciento en 2012 al 11,9 por ciento en 2022.[56]

Los estudios internacionales muestran un deterioro de la salud mental en todos los grupos de edad y de género; los países de habla inglesa (que suelen contar con los servicios de salud mental más completos) se encuentran a la cola en lo que hace al grado de bienestar mental. El grupo de dieciocho a veinticuatro años es el que presenta la peor salud mental de todos los grupos de edad.[57]

En cualquier parte del mundo occidental donde miremos, encontraremos historias sobre epidemias de salud mental y datos

que muestran que cada vez se diagnostica a más gente, se crean más servicios y se reciben más tratamientos psiquiátricos.

Como ocurre con la economía, lo que se declara públicamente tiene un efecto sobre cómo nos sentimos de forma colectiva, cómo interpretamos nuestras experiencias y, en última instancia, cómo nos comportamos. Un riñón no se angustia por los resultados de las pruebas de la función renal, porque no es el lugar desde el que damos sentido a las cosas. Esto lo hace la persona que tiene el riñón. Cuando se trata de la ineludible subjetividad que implica el término «salud mental» y toda la serie de conceptos englobados bajo su paraguas, el andamiaje de creación de significado que se elija puede tener un profundo impacto en cómo interpretamos y experimentamos nuestro sufrimiento psicológico y en cómo luego respondemos a él. ¿Qué marco interpretativo podría llegar a imponerse? Si las emociones se convierten en un producto financiero, también hay dinero en juego.

Incluso el trauma puede mercantilizarse

Gabor Maté es un conocido médico canadiense de origen húngaro que sostiene que la cultura en la que vivimos es traumatogénica y responsable de la mayoría de los problemas de salud mental y física que padecemos. En una presentación de su libro de 2022, *El mito de la normalidad*, comenta que los trastornos mentales están aumentando a gran velocidad en las sociedades occidentales y describe el caso de un adolescente al que le recetaron diez psicofármacos diferentes.[58] Señala acertadamente que este rápido

incremento no puede ser el resultado de la genética, ya que los genes no pueden mutar tan deprisa. Por el contrario, llega a la conclusión de que el alarmante aumento se debe a una cultura tóxica y traumatogénica. Alude a la manera en que se fomenta la codicia en nuestra sociedad, pero también apunta al efecto de la crianza de los hijos en el desarrollo cerebral como una vía importante para que estos traumas se manifiesten en los cuerpos y las mentes de las personas. Sostiene que la desconexión entre el cuerpo y la mente provoca una «pérdida de autenticidad», es decir, que los individuos tienen la sensación persistente de que no pueden ser ellos mismos, no saben quiénes son «en realidad» y han perdido la conexión intuitiva con sus emociones.[59]

Estoy de acuerdo con gran parte del análisis del doctor Maté sobre los factores estructurales que contribuyen a la angustia y las inseguridades que tantos de nosotros padecemos. Siento un gran respeto por su trabajo y por su compasión y humildad. Sin embargo, me parece que cae en la misma trampa de la cultura individualista cuando ve el trauma por todas partes y lo interpreta como algo que conduce a una pérdida de algo tan difícil de definir como la «autenticidad». El trauma en sí mismo puede convertirse en una nueva fuente de expansionismo en el campo de la salud mental. Tiene el potencial de ser mercantilizado y resulta más fácil de comercializar que una explicación más nebulosa y matizada de la angustia. Encaja perfectamente con la tendencia cultural a fijarse más en nuestra vulnerabilidad que en nuestra resiliencia.

En 2014, en un congreso celebrado en Londres, asistí a una ponencia de Camila Batmanghelidjh, directora ejecutiva y fundadora de una organización benéfica llamada Kids Company. Entre sus

admiradores se encontraba el que era el primer ministro en aquel momento, David Cameron, junto con otras muchas celebridades. La ponencia incluyó toda una serie de imágenes del cerebro y largas explicaciones sobre cómo los traumas infantiles afectaban a una zona o a otra, dando a entender que las personas traumatizadas sufren algún tipo de daño cerebral e insistiendo en la importancia que tiene la terapia para curarse (como la proporcionada por los terapeutas de Kids Company). Durante años, Kids Company se mantuvo gracias a sus ricos e influyentes donantes y a las cuantiosas subvenciones del Gobierno. En su momento de apogeo trabajaban en ella más de seiscientas personas, tenía once centros en Londres, Bristol y Liverpool, y participaba en múltiples programas educativos en las escuelas.

Más tarde, en agosto de 2015, se hundió de manera repentina. Las investigaciones policiales sobre irregularidades financieras, mala gestión y prácticas laborales sospechosas habían obligado a cerrar el negocio y habían revelado que la organización benéfica estaba en quiebra. Lo que parece haberles sostenido durante las dos décadas en las que estuvieron en funcionamiento es la popularidad de la idea de ofrecer tratamiento para los traumas. Para los políticos deseosos de promover formas de acción voluntaria más allá del Estado o el mercado (como proponían la «Tercera Vía» o la «Gran Sociedad»), (11) Kids Company parecía una iniciativa hecha a medida.(12)

Incluso cuando los protagonistas apunten a las causas sociales del sufrimiento psicológico, mientras exista una tecnología personalizada (es decir, una potencial mercancía) propuesta como cura, podrá ser literalmente comprada en nuestras sociedades. Todo lo que huela a salud mental y a la idea de ayudar a las personas vulnerables y que

sufren es un bálsamo atractivo para la culpa de los ricos. No estoy sugiriendo aquí que tales conceptos e intervenciones no sean útiles para muchas personas; lo que quiero decir es que pueden actuar como distracción de la injusticia socioeconómica.

Incluso algo tan aparentemente neutral desde el punto de vista político como el tratamiento de los «traumas» puede servir para enmascarar la injusticia de clase, proporcionando un vehículo para la filantropía bienhechora. Al fin y al cabo, es más fácil gobernar a una sociedad que se construye como dependiente de cuidados paternalistas y de empatía que a una sociedad constituida por personas inteligentes, capaces y resilientes.

Marcas psiquiátricas

Ya he explicado por qué no sabemos de qué hablamos cuando nos referimos a la salud mental y por qué, desde un punto de vista técnico, los diagnósticos psiquiátricos no existen. Por tanto, si no son diagnósticos, pero tienen una visibilidad creciente en nuestra cultura, ¿qué son?

Son lo que los sociólogos denominan «constructos sociales».

Los construccionistas sociales consideran que muchos de los conocimientos que damos por sentados y consideramos de sentido común o aceptamos como verdaderos son construidos. Esto sucede a través de la capacidad de crear las ideas que se vuelven dominantes en cualquier sociedad. Gran parte de los conceptos, creencias, normas y valores ampliamente aceptados se forman a través de interacciones continuas entre los miembros de la sociedad,

y no mediante la observación objetiva de la realidad física. Son muchas las influencias que intervienen en el desarrollo de nuestras creencias y prácticas alrededor de lo que consideramos «normal» o esperable.[60]

Entonces, ¿qué clase de constructo social son los diagnósticos psiquiátricos? Dado que los constructos sociales de la salud mental han surgido a través de la mercantilización, los diagnósticos psiquiátricos no son diagnósticos, sino marcas que pueden comercializarse. Cada marca abarca una serie de productos: protocolos de evaluación, cuestionarios, cursos, libros, expertos, institutos, terapias, grupos de apoyo, etc.

Algunas marcas son más populares que otras. Los principales clientes de salud mental en la infancia son los chicos, que a menudo son llevados a los servicios de atención por sus madres. El trastorno de la conducta ha perdido peso como marca, pues no atrae a la principal base de consumidores (los padres) tanto como otras marcas para el comportamiento infantil. El trastorno de la conducta sugiere que el problema está en el entorno, no en el niño. Los problemas de conducta de los niños son muy susceptibles de comercializarse, por lo que el TDAH y el autismo se han convertido en marcas más atractivas para el consumidor. En los adultos, el estado de ánimo, la ansiedad y la falta de confianza en uno mismo son muy explotables. La depresión, la ansiedad y el trastorno bipolar son marcas potentes para ellos, pero el cambio de criterios en el diagnóstico del TDAH y el autismo para captar más consumidores adultos también ha dado lugar a la expansión a esas edades de marcas que antes se consideraban diagnósticos propios de la infancia (véanse los capítulos 5 a 8).

En las sociedades capitalistas, el ámbito de la salud mental y las tecnologías del yo asociadas a ella no pueden escapar a la lógica del mercado. A medida que estas marcas se expanden y se vuelven más conocidas, los conceptos, el lenguaje y las prácticas asociadas se abren camino en la vida cotidiana. Los niños ya no tienen rabietas, sino «crisis» (por sentirse abrumados). Ya no nos sentimos tristes, sino deprimidos. Sentirse estresado no es suficiente, estamos traumatizados. Salimos a pasear porque es «bueno para nuestra salud mental». Si nos inquieta la posibilidad de perder el trabajo y tenemos miedo de pedir un aumento de sueldo no hay por qué preocuparse, podemos acudir al servicio de bienestar para el personal (antes de que nos despidan).

La expansión también ha calado en la cultura de los profesionales de la salud mental. Ahora solemos hablar de «pensamiento excesivo», «desregulación emocional» y «enmascaramiento», conceptos que jamás había oído en mis primeros años de práctica. Extrañas invenciones como la «evitación patológica de la demanda», que ni siquiera figuran en los manuales de diagnóstico, se han colado en la práctica clínica.(13)

El desplazamiento conceptual en bucle

Hace muchos años, cuando mis hijos asistían a la escuela primaria de nuestra localidad, se produjo un gran revuelo después de que los periodistas de un par de periódicos nacionales aparecieran con las cámaras para a preguntar a padres y niños sobre una nueva política que la directora había implantado con el objetivo de evitar el

bullying. Había prohibido cualquier forma de contacto físico durante el recreo. Los monitores debían vigilar a los niños y estar atentos para detectar cualquier forma de contacto, desde cogerse de la mano hasta «jugar a pillar». Si sorprendían a alguien, los infractores tenían que quedarse sentados en un banco durante el resto del recreo. Esta política se revocó poco después de que la prensa se burlara de ella. No fue la última escuela que intentó algo parecido. En uno de los ejemplos más recientes (abril de 2023), un colegio de Leeds prohibió todos los juegos que implicaran contacto físico, debido a la «gran cantidad de lesiones leves» que se producían.[61]

La preocupación en torno a los daños y la vulnerabilidad, sobre todo de los niños, es evidente no solo en todas las instituciones imaginables, sino también en el seno de muchas familias. No estoy despreciando los efectos reales y terribles del *bullying*, pero me pregunto si esta nueva cultura, en la que los padres tienen tanto miedo de intervenir de cualquier forma que pueda interpretarse como no consentida, puede acabar predisponiendo a los niños y a las familias a enfrentamientos más drásticos y explosivos. En esta nueva forma de «crianza cognitiva», un padre puede intentar dialogar con su hija de tres años que no quiere irse del parque tratándola como si tuviera la capacidad de raciocinio de un adulto. De este modo, pueden llegar a invertirse las jerarquías en algunas familias, en las que los padres deben andar con pies de plomo con un niño que posee más poder emocional y práctico del que puede o debería asumir.

El aumento de la percepción de la vulnerabilidad y de los daños potenciales se traduce en una ampliación de los límites de lo que consideramos un problema de salud mental. El filósofo Ian Hacking

denominó «bucle social» a esta dinámica bastante evidente relacionada con el contagio social de conceptos.[62] A medida que cambia la idea que tiene la población de lo que es o no es un trastorno mental, las personas modifican su conducta, sus experiencias y la percepción de sí mismas. Como resultado, los conceptos cambiantes relacionados con los trastornos mentales, transmitidos por el lenguaje, crean nuevos tipos de personas. Un «efecto bucle» significa que lo que puede imaginarse como un posible trastorno psiquiátrico no solo se «superpone sin resistencia a una realidad social inmutable [...], sino que además altera esa realidad». Efectivamente, «al cambiar las ideas se cambia a las personas».[63]

El efecto bucle también describe el proceso por el cual el creciente interés por un tema (como la salud mental en general o una «marca» concreta como el TDAH o el autismo) hace que algunas personas del ámbito académico empiecen a escribir artículos sobre él. Después, esto trasciende a los medios de comunicación, que informan sobre el tema, inspirando el interés de otros académicos y profesionales. A continuación, la gente empieza a adoptar el concepto y acude a consultar sobre ello a un profesional. Se crea una demanda que atrae a más profesionales que se convertirán en «expertos», y que hará que más gente hable de ello y se financien más investigaciones al respecto. Entonces empiezan a aparecer institutos, cursos, libros, documentales, lo que da lugar a más charlas, expertos, informes y demás.

Hemos recorrido un largo camino en el proceso de expansión en bucle que han creado las marcas psiquiátricas y, finalmente, el CISM. La montaña rusa emocional que supone la adolescencia ya no está

en el terreno de lo ordinario. Una encuesta realizada en 2019 a un millar de jóvenes reveló que el 68 por ciento pensaba que había sufrido o estaba sufriendo un problema de salud mental y, de estos, el 62 por ciento creía que las campañas contra la estigmatización les habían ayudado a identificarlo.[64] También descubrió que, en los dos años anteriores, se había producido un aumento del 45 por ciento en las derivaciones de salud mental de menores de dieciocho años.

Esto significa que, en 2019, más de dos tercios de los jóvenes británicos creían tener o haber tenido un trastorno mental. Esta cifra no dista mucho de la publicada en un estudio del mismo año que utilizó como metodología un cuestionario contestado por los propios niños, y que mostró que la prevalencia de problemas de salud mental en jóvenes de once a quince años era del 42 por ciento.[65] Se trata de cifras anteriores al COVID.

En una encuesta por internet en la primavera de 2020 a 583 adolescentes de Estados Unidos, el 55 por ciento declaró que tenía síntomas de depresión de moderados a graves; el 48 por ciento de ansiedad, el 69 por ciento de problemas de sueño y el 38 por ciento de ideación o comportamiento suicida.[66] Al igual que en el Reino Unido, estas tasas parecen extraordinariamente altas. ¿Qué está ocurriendo?

El sociólogo Nick Haslam[67] acuñó el término «desplazamiento conceptual» para referirse a la expansión gradual de lo que denominó conceptos «relacionados con el daño». En su opinión, muchos conceptos psicológicos han sufrido un proceso de inflación por el cual llegan a identificar una gama cada vez más amplia de fenómenos. Explica que esta expansión se produce en dos

direcciones: horizontal, cuando los conceptos llegan a aplicarse a fenómenos cualitativamente nuevos, y vertical, cuando se aplican a estados menos graves.

El deslizamiento conceptual que se está produciendo en la salud mental forma parte de esta tendencia a que las ideas sobre daño, sufrimiento y maltrato amplíen sus significados con el paso del tiempo. Hace unas décadas, el acoso escolar o *bullying* se refería únicamente a las agresiones de unos niños a otros. Era un comportamiento intencionado y repetido en un contexto de desequilibrio de poder. Con el tiempo, el término «acoso» se ha expandido de manera horizontal para incluir a los adultos en los lugares de trabajo que tienen comportamientos de exclusión más que de intimidación (como el rechazo), y también a la intimidación que se produce a través de internet (lo que se conoce como «ciberacoso») y no solo presencialmente. El acoso también se ha expandido verticalmente, llegando a incluir actos no intencionados, no repetidos y dirigidos a personas de igual o incluso mayor poder que el agresor.

Según Haslam, esta expansión horizontal y vertical es el resultado de una creciente preocupación cultural por la vulnerabilidad y el riesgo. Esto convierte en problemáticas las conductas que antes eran toleradas y refleja una creciente sensibilidad hacia el sufrimiento. Se amplía lo que se considera sufrimiento y sus posibles fuentes, y esto se incorpora a la política social progresista y a una agenda moral liberal. El resultado puede ser un mayor reconocimiento de los daños que antes pasaban desapercibidos. Por otro lado, también puede llevar a trivializar los daños más graves, a coartar la expresión y a polarizar la visión del mundo, que se convierte en un lugar habitado

por víctimas y villanos (en lugar de, por ejemplo, clases sociales antagónicas).

En la ideología de la salud mental abunda el desplazamiento conceptual. Las personas que tienen conceptos más dilatados de la enfermedad mental, que incluyen una gama más amplia de experiencias y acciones en la categoría de trastornos, son más propensas a identificar una experiencia o comportamiento como un problema que podría requerir atención profesional.[68] Este tipo de psiquiatrización conduce a la inflación de categorías y, como resultado, aumenta la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y la utilización de los servicios de asistencia.

En los últimos años se ha ampliado la forma de pensar, definir y experimentar lo que se etiqueta como «trastorno mental», «trauma» y las categorías diagnósticas específicas, junto con lo que se considera «abuso», «intimidación», «acoso», «odio», «prejuicio», «violencia», «discriminación», «adicción», etc.

El hecho de rebajar el umbral de lo que constituye un problema de salud mental puede tener muchas implicaciones. Si se amplía el concepto de trauma, por ejemplo, es posible que más personas se vean a sí mismas como «traumatizadas» y, aunque esto pueda ayudar a crear una narrativa que genere empatía, ayuda y apoyo, también puede conducir a una sensación de estar dañado, sobre todo cuando se interpreta como un trauma que daña el cerebro. Si se expande lo que se considera un trastorno, podría incluso reforzarse el miedo a que uno sea potencialmente peligroso o impredecible.

Esto también puede influir en cómo experimentamos el mundo y cómo reaccionamos ante los acontecimientos. En un estudio de

2022, en el que se pidió a los participantes que valoraran y comentaran sus reacciones ante una película, se observó que las personas con creencias más amplias sobre el significado de trauma experimentaban emociones negativas más intensas y eran más propensas a juzgar la película como traumática. Además, los que la experimentaron como traumática manifestaron más angustia relacionada con el suceso (como imágenes intrusivas y pesadillas) en los días posteriores a verla.[69]

Hablar en términos de bienestar puede no resolver el problema de la elasticidad de los conceptos. El bienestar puede crear expectativas poco realistas si nos vemos atrapados en la necesidad de gozar de bienestar para estar «bien», y si la ausencia de bienestar se interpreta entonces como enfermedad. De este modo, nos quedamos atascados en las arenas movedizas de los conceptos vagos, con reacciones viscerales ante la pérdida imaginaria de la cordura o el bienestar, y sin un ancla externa a la que aferrarnos mientras nos hundimos aún más en el fango lingüístico que absorbe nuestra alma/mente en sus abstracciones. En un mundo planteado de esta manera, el sufrimiento ya no puede ser algo normal ni tener sentido, y a veces ni siquiera puede ser instructivo o revelador.

Creo que la difusión acelerada de la ideología de la salud mental, en el contexto de la creciente sensación de que los daños, los peligros, los traumas y las injusticias personales están por todas partes, es un reflejo de la injusticia generalizada que producen nuestras estructuras económicas cuando crean desigualdades flagrantes. En la lógica del consumismo individualista, esa sensación de injusticia se aleja de algo que podría conducir a la conciencia de clase y se transforma en batallas e inseguridades personales,

además de la sensación de que «hay algo que no va bien» en el individuo. La clase política puede entonces tomar partido en lo que a menudo se denominan «guerras culturales» y los individuos pueden considerar sus agravios como algo personal.

¿Qué le ocurrió a Andrew?

En los últimos años, mis colegas y yo hemos atendido a un número cada vez mayor de jóvenes que llegan convencidos de habitar un cuerpo con el sexo equivocado. En las dos primeras décadas de mi desempeño como psiquiatra, solo me encontré con dos personas que se cuestionaban su sexo corporal de esta manera. Los dos casos eran hombres jóvenes que querían convertirse en mujeres. Los dos se habían sentido de esta manera desde pequeños. Los dos habían pasado por algunos acontecimientos difíciles y traumáticos. Los dos acabaron aceptándose como hombres homosexuales y perdieron el deseo de hacer la transición.

Andrew llega a nuestro servicio con una serie de identidades culturales arraigadas. Quiere identificarse como un «él», y al menos esa es una etiqueta o un constructo que él ha elegido. Ya ha recibido significantes que se aplicaron a su cuerpo femenino a través de la intervención de sus padres y de los profesionales que le diagnosticaron TDAH y luego autismo. No me parece que mi cometido sea empezar a cuestionar estas etiquetas ampliamente reconocidas y utilizadas en nuestra cultura, pero sí considero que mi papel es intentar ampliar la conversación y alejarla de la idea de que el proceso de identificar este tipo de fórmulas pseudodiagnósticas

proporcionará alguna explicación que aporte luz a las personas etiquetadas.

Andrew se plantea si tendrá un trastorno bipolar. Le pregunto qué diferencia supondría para él recibir este diagnóstico. Dice que entendería lo que le pasa. Le pregunto qué diferencia habría en su vida si comprendiera lo que le pasa. Dice que se sentiría mejor. Le pregunto: si se sintiera mejor, ¿qué cosas haría diferentes de las que hace ahora? Esa es la idea. Este tipo de interrogatorio socrático proporciona un mecanismo que trata de alejarse de lo abstracto y acercarse a la realidad concreta y material de la vida de Andrew. También resulta útil imaginar lo que el cambio supondría para él. Tratar de representar cómo sería el cambio en la vida real lleva la conversación más allá del marco diagnóstico que tiñe las experiencias y los comportamientos como síntomas potenciales, y donde la única intervención eficaz es aquella capaz de eliminar los síntomas. Si se sintiera mejor, explica Andrew, podría ir al instituto, ver a sus amigos y completar su transición. Hablamos de lo que sería razonable esperar y de lo que podría ser necesario cambiar para que eso ocurriera.

Una de las cosas que siempre busco en las personas que atiendo son pruebas de sus capacidades, aspectos de su historia que trasciendan los problemas que sienten que arrastran. Hablo con él del concepto de resiliencia. Le explico que «resiliencia» es una palabra que procede de la ingeniería. Se refiere a la capacidad de diferentes metales u otros materiales para soportar la presión sin romperse ni doblarse. En el plano psicológico se refiere a nuestra capacidad para salir adelante a pesar de lo mal que nos sintamos.

Algunos de nuestros pacientes se cuentan entre las personas más resilientes que he conocido.

Pude constatar la inmensa resiliencia de Andrew. A pesar de los muchos retos que ha tenido que afrontar, es claramente un joven muy capaz. Ese mismo día, antes de acudir a la sesión, había conseguido ir al instituto. Hablamos de cómo había tomado la decisión de volver, de dónde había sacado el valor para hacerlo, de cómo había afrontado la ansiedad que esto le provocaba y de cómo había superado el día. Se sintió muy satisfecho consigo mismo por haberlo conseguido. El hecho de que la decisión de pedir ayuda hubiera surgido de él mismo demostraba su deseo de tomar las riendas de su vida. Quizá el hecho de estar más en contacto con esa parte suya que alberga esperanza le había permitido ir al instituto antes de venir a la sesión.

Le gusta el arte y es una persona muy creativa. Veo que lleva un cuaderno grande. Le pregunto si tiene algo hecho por él y abre el cuaderno para mostrarme unos bonitos dibujos, muy originales. Algunos de los temas de esos dibujos parecen reflejar ciertos retos que siente que debe afrontar. Comentamos los posibles significados de sus dibujos. Por ejemplo, en muchos hay caras e incluso paisajes en los que un lado del dibujo contrasta fuertemente con el otro lado. Hablamos de algunos de los conflictos que representan para él. Me cuenta lo bien que se le dan los juegos de ordenador. Aunque la parte negativa es que se queda jugando hasta muy tarde por la noche, habla con orgullo de las altas puntuaciones que consigue en un juego de internet en el que gana a la mayoría de los jugadores.

En nuestra segunda sesión hablamos un poco más sobre lo que él considera signos de «paranoia», cuyo ejemplo más evidente es la

sensación de una presencia que siente que lo acecha, sobre todo de camino al instituto. Le pido que me describa cómo la imagina y qué hace. Es una mujer de una edad similar a la suya, que se limita a mirarle fijamente. Me pregunto si es la encarnación de su yo anterior, «Andrea». «Quizá sintió que habías intentado matarla, pero aún no estaba preparada para morir. Tal vez se sienta traicionada o incomprendida», le sugiero. Andrew parece sorprendido ante esta idea, así que seguimos hablando del tema.

Abordamos el tema de la medicación y le describo la falta de pruebas de su utilidad en su grupo de edad y que, normalmente, lo primero que hacemos es ofrecer terapia. Parece que lo entiende y lo acepta. Desde la primera sesión, ha conseguido pasar algunos días más en el instituto y está intentando ponerse al día con las tareas que tenía pendientes. Esto me da más oportunidades de observar y comentar su creciente capacidad de acción y de reconectar con su resiliencia natural. No volvió a preguntar por el diagnóstico, así que no saqué el tema. Mi impresión fue que la conversación se fue desarrollando de forma natural.

Andrew pidió ser atendido por una terapeuta y fue derivado a una colega. Esta le dio el alta aproximadamente un año después, muy mejorado y deseoso de seguir adelante con su transición de género.

5

La creación del TDAH

> La aplicación de la red social TikTok descubrió que tenía TDAH antes que yo.
>
> MATILDA BOSELEY

Es mi primer encuentro con Jordan y su madre, Miriam. Jordan es un niño de ocho años de origen afrocaribeño y británico. Vive en una zona donde hay pocos niños negros, tanto en la escuela como en su barrio. Lo han derivado porque en su escuela estaban preocupados por su comportamiento. Afirmaron que le cuesta concentrarse y estarse quieto, que tiene pocos amigos y que suele enfrentarse al profesor. Creen que podría tener TDAH o quizá un trastorno del apego. Miriam no está de acuerdo con esta opinión y tampoco está contenta con el hecho de que la escuela lo haya planteado así. Siente que están etiquetando a su hijo en lugar de ofrecerle más apoyo.

Jordan entra en la consulta y permanece sentado tranquilamente junto a su madre unos minutos, balanceando las piernas bajo la silla. Me doy cuenta de que está mirando los juguetes y los libros que hay en una estantería en un rincón de la habitación. Le pregunto si quiere echar un vistazo a lo que hay allí. Asiente con la cabeza y

dice amablemente: «Sí, por favor». Examina una caja de juguetes que baja con cuidado de la estantería, algunos libros y unos puzles. Elige un puzle, se sienta con él en el suelo, saca las piezas de la caja y empieza a examinarlas. Mientras hablo con Miriam, advierto que sigue colocando con tranquilidad las piezas del puzle. Cuando lo termina, lo deshace, guarda las piezas en la caja y la vuelve a colocar en la estantería, en el lugar donde la encontró. Después, saca de la caja de juguetes un Lego Duplo y construye una casa con un jardín delante y una valla alrededor. Se toma su tiempo, elige las piezas con cuidado y las ensambla sin frustrarse cuando no encajan o no le gusta el resultado. A lo largo de la sesión se muestra educado y responde a algunas de mis preguntas mientras juega. Fue un absoluto placer tenerlo en la consulta.

Me ha ocurrido muchas veces lo mismo: la persona que atiendo se parece muy poco a la descripción por la que es derivada. Tengo frente a mí un niño que parece perfectamente capaz de cooperar, concentrarse, estar tranquilo y que, al menos en el contexto de la consulta, no presenta ningún problema identificable.

A la hora de diagnosticar el TDAH, estas observaciones se han vuelto superfluas. Los criterios «oficiales» estipulan que los «síntomas» del TDAH deben estar presentes en al menos dos contextos diferentes (por ejemplo, en casa y en la escuela).[70] Las observaciones en la consulta, una de las pocas herramientas de mi profesión, se vuelven irrelevantes a la hora de realizar un diagnóstico de TDAH. En cambio, se pretende que los padres y los profesores rellenen cuestionarios sobre el comportamiento del niño y que el diagnóstico se base en la puntuación de sus respuestas.

Volveré a la historia de Jordan al final de este capítulo.

Hasta este momento he explicado que la salud mental y el diagnóstico psiquiátrico pueden entenderse como el resultado de determinados procesos subjetivos que conducen a la construcción social de lo que consideramos un trastorno y, por tanto, de nuestro concepto de normalidad. En el capítulo anterior expliqué de qué manera esto da lugar a que el concepto de enfermedad o de trastorno mental sea vulnerable a la expansión de sus límites, especialmente en la actual era de aversión al riesgo.

Los diagnósticos de TikTok

En un artículo publicado en 2021 por *The Guardian*, la periodista de Melbourne Matilda Boseley describió cómo TikTok le ayudó a descubrir que tenía TDAH: «Durante veintitrés años, mis padres, mis profesores, mi médico, mi psicólogo y mi propio cerebro pasaron por alto las señales de advertencia; sin embargo, el algoritmo de esta aplicación solo tardó unos días en darme el diagnóstico de forma fortuita». Toda la vida «tuve la molesta sensación de que todos los demás en el mundo se las arreglaban mejor que yo».[71]

Mientras Boseley descubría cómo TikTok selecciona un flujo de vídeos basados en lo que a uno le gusta, construyendo un perfil de la persona y de sus intereses, empezó a encontrarse por primera vez con «contenidos sobre TDAH hechos por mujeres y para mujeres». Fue entonces cuando empezó a pensar que tal vez no fuera «peor persona» que las demás. «Quizá su único problema era que no tenía suficiente dopamina en el cerebro». Después confirmó el diagnóstico

de TDAH tras pagar una evaluación en internet y se sintió liberada por ello.

La experiencia de Matilda es cada vez más común. Es comprensible. ¿Por qué no buscar una evaluación para algo que la comunidad médica dice que es una afección común e infradiagnosticada? Artículo tras artículo, en todos los países y medios de comunicación se afirma que, debido a TikTok, cada vez más adultos jóvenes están aprendiendo sobre el TDAH y solicitando evaluaciones para el trastorno. Según un artículo de *Cosmopolitan*, «#ADHD(14) es el séptimo *hashtag* de salud más popular en la plataforma, donde también existe una gran comunidad de personas con TDAH».[72]

La tendencia a que cada vez más mujeres sean diagnosticadas de TDAH empezó mucho antes de la pandemia. Como muchas tendencias consumistas, se inició en Estados Unidos. Allí, el porcentaje de mujeres en edad fértil que recibieron al menos una receta de medicación para el TDAH aumentó un 344 por ciento entre el año 2003 y el 2015, pasando de un 0,9 a un 4 por ciento de las mujeres.[73]

Según un artículo de la NBC News, el número de mujeres adultas en Estados Unidos diagnosticadas de TDAH y que solicitan tratamiento para ello es cada vez mayor. Este nuevo sesgo basado en el género es evidente en TikTok, donde los vídeos explican cuáles son las «señales de que podrías tener TDAH», mientras las mujeres muestran sus habitaciones desordenadas y cuentan cómo se olvidan de hacer las cosas. El *hashtag* #ADHD tiene más de 18.000 millones de visitas; en el caso de las mujeres, «#ADHDinwomen» supera los

2.300 millones, mientras que el de los hombres, «#ADHDinmen», solo cuenta con 8,3 millones de visitas.[74]

Otros países están empezando a alcanzar a Estados Unidos. Según un informe del Reino Unido, en 2019 unas 7.700 mujeres realizaron un test en internet para saber si tenían TDAH, pero esta cifra ascendió hasta alrededor de 254.400 en 2021, lo que supone un espectacular aumento del 3.200 por ciento. La tendencia a que cada vez se diagnostique a más mujeres con una supuesta afección cerebral se atribuye a que los síntomas se presentan «de forma muy diferente» en las mujeres, con la implicación de que hasta hace poco estos no se reconocían. Además, «los hombres con TDAH suelen contar con mujeres en sus vidas que se ocupan de ellos, pero eso no pasa si eres mujer […]. El TDAH es más difícil de detectar en las mujeres debido a que son más propensas a interiorizar o camuflar los síntomas».[75]

Las mujeres y la psiquiatría

En mayo de 1990, mi primer trabajo tras mudarme de Escocia a Londres fue en el hospital St. Mary Abbots (famoso por ser el lugar donde se constató la muerte de Jimi Hendrix en 1970). Mi nuevo puesto era de médico residente adscrito al equipo de psiquiatría geriátrica. En esa época el hospital estaba especializado en salud mental, con una unidad de geriatría que pronto cerraría definitivamente. Mi supervisor, un hombre alto, elegante y compasivo, vestido siempre de manera impecable con traje y corbata, y con un pañuelo sobresaliendo en el bolsillo superior de la

chaqueta, me propuso que revisase la historia clínica de una de las pacientes de mayor edad ingresadas en el servicio. Empecé a hojear las páginas amarillentas y descoloridas de las primeras anotaciones, que databan de los años veinte y treinta. Nunca antes había oído hablar del diagnóstico de «locura moral», pero así estaba escrito con letras claras, aunque descoloridas.

La locura moral se definió por primera vez en 1899 como «la locura consistente en la perversión mórbida de los sentimientos, afectos, inclinaciones, temperamento, hábitos, disposiciones morales e impulsos naturales, sin ningún trastorno o defecto aparente del intelecto o de las facultades del conocer y razonar, en particular, en ausencia de ilusiones o alucinaciones».[76] A medida que fue avanzando el siglo XX, empezó a atribuirse a mujeres consideradas emocionalmente volátiles y, en ocasiones, a las que se quedaban embarazadas fuera del matrimonio. La Ley de Deficiencia Mental de 1913 permitía a las autoridades locales británicas internar en hospitales psiquiátricos a las mujeres embarazadas fuera del matrimonio que se consideraban «defectuosas», en una época de pánico exacerbado por la «degeneración racial» y de temores eugenésicos ante la perpetuación de genes «no aptos». Algunos creían que la causa de la «inmoralidad» de estas mujeres era un defecto mental.[77]

Más conocido que la locura moral es el diagnóstico de histeria, que se hizo famoso a finales del siglo XIX gracias al padre del psicoanálisis, Sigmund Freud. También se aplicó de forma casi exclusiva a las mujeres.

La histeria era entonces un diagnóstico común. Se describía como la manifestación de una amplia serie de síntomas, como ansiedad,

falta de aliento, desmayos, nerviosismo, deseo sexual, insomnio, retención de líquidos, pesadez en el abdomen, irritabilidad, pérdida de apetito por la comida o el sexo y tendencia a causar «problemas» a los demás. El médico Jean-Martin Charcot estudió la histeria tras crear un pabellón especial para mujeres «no locas» en el París de mediados del siglo XIX. Su interés por la histeria y el hipnotismo se despertó en una época en la que el público en general estaba fascinado por el «magnetismo animal» y el «mesmerismo». Gracias a sus estudios y conferencias públicas, que a menudo incluían demostraciones sobre cómo hipnotizar a mujeres «histéricas», adquirió fama y notoriedad.[78]

Las noticias sobre el trabajo de Charcot llevaron al joven Sigmund Freud a querer estudiar con él. Durante el invierno de 1885 a 1886, Freud pasó cuatro meses en el hospital de la Salpêtrière, en el servicio de neurología. Le impresionaron las enseñanzas de Charcot (que en esa época creía que la histeria era una afección neurológica), y esto resultó decisivo para que su interés se desplazara de la neurología general al estudio de la histeria, la hipnosis y, finalmente, el inconsciente.[79] Sus estudios posteriores le llevaron a la conclusión de que la histeria era una enfermedad característica de las mujeres, cuyos síntomas se debían a la imposibilidad de satisfacer la pulsión sexual, razón por la que permitían la «descarga» de los impulsos libidinales reprimidos. También afirmaba que la mujer histérica intenta utilizar otros medios sutiles para alcanzar objetivos ocultos a través de los beneficios indirectos que obtiene al manipular el entorno para que sirva a sus necesidades.[80]

Tanto la locura moral como la histeria han desaparecido del léxico del diagnóstico psiquiátrico, sustituidas en gran medida por el diagnóstico peyorativo y estigmatizante de «trastorno de la personalidad», en especial, el «trastorno límite de la personalidad», una nueva etiqueta casi exclusivamente femenina. Aunque sigue siendo prevalente, creo que en la actualidad el trastorno límite de la personalidad está siendo sustituido y expandido por el TDAH, el autismo y el trastorno bipolar como diagnósticos más populares.

Las mujeres y su vida emocional han preocupado a la psiquiatría y a la psicología durante mucho tiempo, como reflejo de las inquietudes culturales y políticas occidentales. Freud desarrolló la teoría de que las mujeres padecían «envidia del pene» al principio de su desarrollo psicológico, cuando comprendían que no les iba a crecer uno. Propuso además que gran parte del comportamiento femenino podía considerarse consecuencia de la envidia que sentían de los hombres. Afirmaba que una forma de superar esta envidia del pene era teniendo hijos, e incluso llegó a sugerir que deseaban tener hijos varones en su afán por conseguir un pene. Se consideraba, por tanto, que las mujeres siempre se sentían inferiores a los hombres. [81]

De este modo, el patriarcado de la Europa victoriana llegó a naturalizarse como una consecuencia inevitable de la psicología del desarrollo humano. De acuerdo con esta lógica, la psicología de una persona no es un reflejo de las presiones y expectativas sociales, sino más bien lo contrario: la forma en que está organizada la sociedad es un reflejo de la psicología humana. Es comprensible que las mujeres sientan envidia del poder y el prestigio que ostentan los hombres en la mayoría de las sociedades, cuya manifestación se

extiende desde los comentarios sexualizados en la calle y la violencia sexual y doméstica hasta la persistente brecha salarial que sufren las mujeres, a pesar de sus mejores resultados en el ámbito educativo cuando acceden a él en condiciones igualitarias. Existe una larga historia de problematización de la vida emocional femenina, algo que muchas feministas (incluidas las psicoanalistas críticas) ya han señalado.[82]

El marco de poder, amenaza y significado, publicado en 2018, ofrece un buen resumen de las investigaciones y de la teoría sobre los determinantes sociales de los cuadros de salud mental en las mujeres, lo que ayuda a explicar por qué las mujeres son el principal grupo demográfico consumidor de salud mental. A continuación, se detallan algunos de los puntos relevantes señalados.[83]

Suele esperarse que las mujeres asuman la mayor parte de la responsabilidad en el ámbito doméstico, en la cocina, la limpieza, el cuidado de los niños y en hacerse cargo de la calidad de las relaciones. Según una investigación realizada en el Reino Unido en 2019, pese a haber aumentado de manera significativa (respecto a 2014) el número de mujeres que ganaban la mayor parte de los ingresos del hogar, incluso en el caso de que ambos cónyuges tuviesen un trabajo remunerado, se constató que las mujeres asumen muchas más tareas domésticas y del cuidado de niños que los hombres; y cuando los hombres son el principal sostén económico de la familia tienen el doble de probabilidades de no realizar ninguna tarea doméstica.[84] Sobre todo después del nacimiento de los hijos, muchas mujeres se vuelven económicamente dependientes de sus parejas masculinas. La expectativa de las responsabilidades domésticas y del cuidado va

acompañada de las construcciones sociales de la feminidad idealizada como sinónimo de idoneidad para estos roles: expresión de emociones cálidas, preocupación desinteresada por los sentimientos y necesidades de los demás y ausencia de esfuerzo competitivo o agresividad.[85]

Algunas feministas sostienen que las sociedades capitalistas crearon una base institucional para las formas modernas de subordinar a las mujeres. Cuando se separó el trabajo relacionado con el cuidado de las personas y la crianza del universo más amplio de las actividades humanas, en el que el trabajo de la mujer ocupaba en el pasado un lugar reconocido, lo relegaron al «ámbito doméstico» recién institucionalizado, donde su importancia social quedó ensombrecida. En un mundo donde el dinero pasó a ser el principal medio para demostrar poder, el hecho de que el trabajo doméstico no fuese remunerado zanjó el asunto: las personas que realizan este trabajo están estructuralmente subordinadas a las que ganan un salario en metálico y, por tanto, muchos roles de las mujeres están imbuidos y mistificados por una visión idealizada de la feminidad ligada al hogar.[86]

Los aspectos reproductivos de las mujeres —la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia— se han asociado tradicionalmente con la debilidad psicológica y, sobre todo, con una mayor emotividad e irracionalidad. La frecuente exposición de niñas y mujeres a imágenes que las retratan como objetos sexuales, además de los frecuentes recordatorios de que ser atractivas es un atributo importante, empujan a las mujeres, sobre todo a las heterosexuales, a adoptar una perspectiva vigilante frente a sus cuerpos y frente a sí mismas, a verse como objetos que deben ser

juzgados. Esto se refleja en una preocupación generalizada por el aspecto y por la creencia de que es una medida de la valía y del valor de una mujer.[87]

En todo el mundo, las niñas y las mujeres son víctimas, tanto en público como en privado, de un elevado grado de acoso, abuso y violencia por parte de los hombres, que puede ir desde el «flirteo» no deseado, las burlas, las amenazas y los insultos sexualizados, pasando por diversos tipos de control y coacción, hasta las agresiones físicas y sexuales, las violaciones y los asesinatos. Los estudios estadounidenses sobre el acoso sexual desde la década de 1980 en adelante siguen mostrando que el acoso sexual a las mujeres está muy extendido en espacios públicos y en el ámbito laboral, y que no ha experimentado ninguna disminución significativa.[88] De hecho, la tecnología y los medios de comunicación social han contribuido a incrementar el alcance del acoso y los abusos a niñas y mujeres.

Estos son solo algunos de los muchos factores subyacentes que pueden contribuir a explicar por qué las mujeres adultas han sido, y siguen siendo, el sexo que acaba recibiendo más diagnósticos de trastornos mentales y sobre el que se centra la mirada médica (ya sea porque hayan solicitado un diagnóstico por su cuenta o porque otros las hayan derivado o se lo hayan sugerido).

Se ha estimado que las mujeres tienen entre dos y tres veces más probabilidades que los hombres de cumplir los criterios diagnósticos de los «trastornos» de ansiedad y depresión, los dos diagnósticos psiquiátricos más comunes. También tienen más probabilidades de que se les diagnostique trastorno de angustia, de estrés postraumático y de la conducta alimentaria.[89] En la infancia son

sobre todo los chicos los que acaparan los diagnósticos, que suelen estar relacionados con problemas de conducta (como el TDAH, el autismo y el trastorno de conducta). A medida que crecen, en los últimos años de la adolescencia, las chicas tienen más probabilidades que los chicos de expresar que están deprimidas y de empezar a recibir los diagnósticos propios de la edad adulta.[90]

Las mujeres jóvenes también constituyen un grupo con resultados cada vez peores en salud mental: en el Reino Unido, las mujeres de entre dieciséis y veinticuatro años tienen el triple de probabilidades que los hombres de experimentar un trastorno mental común.[91] Según un documento informativo del Royal College of Psychiatrists, las tasas de autolesiones entre las mujeres jóvenes en el Reino Unido se triplicaron entre 2000 y 2014, a menudo asociadas a la violencia de género, el acoso y la experiencia de trauma.[92]

Por tanto, las mujeres, desde mediados hasta finales de la adolescencia y más allá, son el principal grupo de consumidores del CISM.

Cómo se vende el TDAH

Cada vez son más los famosos que «salen del armario» como personas con TDAH. El príncipe Harry fue diagnosticado públicamente durante una conversación retransmitida en directo con el doctor Gabor Maté. En los últimos años, celebridades como Rory Bremner, Ant McPartlin, Heston Blumenthal, Sue Perkins, Johnny Vegas, Adrian Chiles, Josie Long, Lily Allen, Mel B, Nicola Adams, Jermaine Pennant, Paris Hilton, Tom Watson y Owen Jones (por

nombrar solo algunas) revelaron haber sido diagnosticados de TDAH.

Lo que tienen en común estas figuras públicas, cuyas historias han aparecido en los medios de comunicación, es que pueden considerarse personas con cierto éxito. Pese a ello, al parecer, sufren una enfermedad cerebral provocada por la falta de dopamina. Por supuesto, como todos nosotros, tendrán sus dificultades, experiencias y relatos que contar. No quiero minimizar los problemas por los que hayan tenido que pasar en sus vidas. Sin embargo, los famosos y los periodistas tienen poder cultural. Sus palabras serán escuchadas y se convertirán en fuente de admiración por su «valentía» al ayudar a «desestigmatizar» el TDAH. ¿Existe el riesgo de que la veneración a los famosos lleve a convertir el TDAH en algo glamuroso? ¿Podría esto acarrear problemas imprevistos para los no famosos, que lleguen a convencerse de que también pueden padecer esta enfermedad?

La empresa Cerebral, de San Francisco, fundada en enero de 2020, se presentó como la salvadora de la salud mental al ofrecer servicios virtuales de diagnóstico y prescripción de medicamentos a cientos de miles de estadounidenses que no podían acudir al médico durante la pandemia mundial. Dos años más tarde, fue investigada por posibles infracciones de una ley federal que regula la distribución de sustancias controladas, incluidos los medicamentos estimulantes utilizados para tratar el TDAH (un caso legal que sigue abierto en el momento en que escribo estas líneas).[93]

Esto se produjo después de que un informe de Bloomberg denunciara que en Cerebral se recetaban medicamentos al 95 por ciento de los pacientes y que los coordinadores asistenciales podían

tener a su cargo hasta mil pacientes de manera simultánea. Los diagnósticos de TDAH eran su mayor negocio.[94]

Los clientes, sin embargo, parecían bastante contentos. Cerebral obtuvo altas puntuaciones de satisfacción según una encuesta realizada por la revista de TDAH *ADDitude*. Los usuarios calificaron a Cerebral con un 4,07 sobre 5 por sus servicios relacionados con la evaluación y el diagnóstico, y con un 4,06 sobre 5 por sus servicios de prescripción de medicamentos.[95]

Cerebral reaccionó interrumpiendo de forma temporal la prescripción de medicamentos bajo control para el TDAH. El director general en ese momento, Kyle Robertson, negó que fijasen objetivos a los médicos para que recetasen fármacos y aseguró que seguían las guías clínicas de prescripción de medicamentos basadas en las últimas investigaciones.[96] En junio de 2022, la empresa empezó a dejar de recetar la mayoría de medicamentos bajo control y Robertson fue sustituido. Anunciaron un plan de transformación que incluía la revisión de sus prácticas clínicas y estrategias de *marketing*, despidieron al 15 por ciento de la plantilla y retiraron muchos de los servicios que ofrecían.[97]

Psychiatry UK es una empresa privada contratada por el NHS del Reino Unido para realizar evaluaciones de TDAH en adultos. Entre 2020 y 2022, el número de pacientes derivados a Psychiatry UK se cuadruplicó en comparación con los dos años anteriores. Como hay muchos centros del NHS que tienen largas listas de espera para las evaluaciones de TDAH, la gente recurre a los centros privados, donde (en 2024) una primera visita inicial puede costar entre 600 y 1.800 libras.[98]

Un informe reciente dio a conocer que, en el Reino Unido, entre julio y septiembre de 2022, se recetó al menos un medicamento para el tratamiento del TDAH en adultos a unos 170.000 pacientes identificados, lo que supone un aumento del 20 por ciento respecto a los 141.000 pacientes identificados durante el mismo periodo en 2021. El doctor Tony Lloyd, director ejecutivo de la ADHD Foundation, declaró que los datos de su organización indicaban un aumento del 400 por ciento en el número de adultos que solicitaron un diagnóstico desde 2020, y agregó que la cantidad de prescripciones no tenía en cuenta a aquellos que no toman medicamentos.[99]

El diagnóstico del TDAH en adultos

¿Cómo se realiza el diagnóstico del TDAH en adultos? En esencia, se trata de responder a un cuestionario. No difiere mucho de rellenar uno de esos test de personalidad de las revistas, pero luego se le añaden algunos significados profundos, semejantes a los que pueden tener las cartas astrales para quienes creen en ellas.

Según la organización ADHD UK, los adultos con TDAH pueden tener problemas para organizarse, gestionar el tiempo, seguir instrucciones, concentrarse, finalizar tareas, manejar el estrés, los sentimientos de inquietud o impaciencia, la impulsividad, las relaciones y las interacciones sociales. A continuación, he copiado el cuestionario que ofrecen, un «test» de los muchos gratuitos que se pueden realizar en internet.[100] Estas son las seis preguntas que hay que contestar eligiendo entre las siguientes opciones: *nunca*,

rara vez, *a veces*, *a menudo* o *muy a menudo*. Se debe asignar 1 punto si la respuesta es *a menudo*, 2 puntos si es *muy a menudo* y 0 puntos a las restantes opciones. El lector puede hacer la prueba para ver la puntuación que obtendría:

1. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para terminar los últimos detalles de un proyecto una vez concluidas las partes más difíciles?
2. ¿Con qué frecuencia le cuesta llevar a cabo de manera ordenada una tarea que requiere organización?
3. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?
4. Cuando debe realizar una tarea que requiere mucha reflexión, ¿con qué frecuencia evita o retrasa su comienzo?
5. ¿Con qué frecuencia le cuesta estarse quieto o mueve nerviosamente las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado mucho tiempo?
6. ¿Con qué frecuencia nota que está demasiado activo y que se siente impelido a hacer cosas, como si lo impulsara un motor?

Si alguien obtiene una puntuación de 4 o más, es probable que le diagnostiquen TDAH, siempre que eche mano de sus ahorros para obtener la evaluación «formal». Eso es todo en lo que hace a los criterios diagnósticos. El resto de los cuestionarios, los antecedentes personales y demás no son más que adornos para ofrecer una imagen médica, científica y seria. La ciencia (o la falta de ella) se tratará más adelante, en el próximo capítulo.

Breve historia del TDAH

El TDAH no existía hasta que fue inventado. No existía hasta que alguien lo llamó TDAH (o sus nombres precursores). Esto no es lo mismo que decir que no existía ninguna infección bacteriana hasta que Louis Pasteur describió que unos pequeños organismos llamados microbios podían invadir el cuerpo y provocar enfermedades. Antes de este descubrimiento, los médicos creían que los olores fétidos podían originar enfermedades, mientras que desde la religión se hablaba de «espíritus malignos». Las bacterias siempre existieron. Solo después de su descubrimiento fue posible avanzar hacia una explicación científicamente válida de ciertas enfermedades provocadas por ellas. Las infecciones se convirtieron en una categoría diagnóstica y, poco a poco, fuimos acumulando conocimientos científicos en torno a los distintos tipos de infecciones, los distintos tratamientos, etc. El TDAH está más cerca de la creencia en «espíritus malignos» que de una infección bacteriana.

La hiperactividad, la falta de concentración y la impulsividad en los niños se conceptualizaron por primera vez como posibles fenómenos médicos hace más de un siglo, cuando el pediatra británico Frederic Still describió a un grupo de niños que mostraban lo que él consideraba inquietud, nerviosismo y escasa capacidad de mantener la atención.[101] Después afirmó que estos niños tenían «defectos anormales de control moral», aunque en general suponía que era el resultado de enfermedades preexistentes que afectaban al cerebro, como tumores cerebrales, meningitis, epilepsia, traumatismos craneales, fiebre tifoidea o alteraciones del intelecto. Sin embargo,

Still describe otros comportamientos que podrían considerarse más apropiados para la categoría de trastorno de la conducta (como crueldad, celos, actos fuera de la ley, deshonestidad) que del TDAH.

El siguiente eslabón importante en el desarrollo de la narrativa del TDAH es un artículo de 1937 del psiquiatra estadounidense Charles Bradley, que relata un descubrimiento casual en un hospital para niños con deficiencias neurológicas. Bradley probó un «tratamiento» con un estimulante (sulfato de anfetamina racémica)(15), que supuestamente mejoró el comportamiento, la concentración y el rendimiento escolar de algunos de ellos, al menos a corto plazo.[102] Estos niños solían presentar inquietud, cambios de personalidad y dificultades de aprendizaje. Muchos habían sufrido previamente encefalitis (inflamación del cerebro, probablemente producto de una infección).

Ni los artículos de Still ni los de Bradley recibieron mucha atención en el momento de su publicación, y habrían desaparecido, como miles de otras ideas que aparecen y desaparecen en la literatura médica y científica, si el interés por comprender e intervenir en la conducta de los niños no hubiera empezado a cobrar fuerza en los círculos culturales y políticos décadas más tarde.

En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría tuvo que dedicarse a tratar a muchos hombres y mujeres traumatizados por las experiencias de la guerra, y de este modo empezó a abrir su abanico de intereses. La vida mental de los niños —un grupo que hasta entonces no había atraído demasiado a la profesión psiquiátrica— comenzó a ser objeto de un mayor escrutinio. Algunos médicos empezaron a especular con la posibilidad de que los niños que manifestaban lo que se describía

como comportamientos «hiperactivos» tuviesen lesiones orgánicas en el cerebro que fueran la causa de la hiperactividad.

En 1947, Strauss y Lehtinen publicaron un libro sobre la educación de los niños con lesiones cerebrales en el que proponían el término diagnóstico «daño cerebral mínimo» para explicar la hiperactividad en ausencia de lesiones cerebrales identificables. Con el argumento de que los niños que sufrían lesiones cerebrales identificables (por ejemplo, encefalitis, traumatismos por el parto y epilepsia) a veces presentaban hiperactividad, plantearon que los que se comportaban de esta manera en ausencia de lesiones cerebrales fácilmente identificables podían tener algún daño cerebral aún no identificado. [103]

Según el historiador Matthew Smith, no fue hasta mediados o finales de la década de 1950 cuando en Estados Unidos un grupo de médicos, junto con algunos educadores, políticos y padres, empezaron a mostrar una mayor preocupación por los niños que presentaban las conductas que ahora asociamos con el TDAH. En 1957, un grupo de psiquiatras infantiles del Emma Pendleton Bradley Home,(16) en Rhode Island, acuñó el término «trastorno de impulsos hipercinéticos». Ciertos comportamientos infantiles, típicos sobre todo entre los niños varones (como podría explicar cualquier padre, madre o maestro) empezaron entonces a ser objeto del escrutinio médico. Ni en aquel momento ni después se realizó ningún descubrimiento biológico que justificara su inclusión en ningún campo de conocimiento como algo «neuro»lógico.[104]

Después de 1957, el número de artículos médicos sobre niños con los denominados «síntomas» de hiperactividad fue en aumento, al principio en Estados Unidos y más tarde en otros países. En la

primera mitad del siglo, la literatura médica, sobre todo la influida por las ideas psicoanalíticas, se había centrado más en los niños retraídos, tímidos y «neuróticos». A finales de los años cincuenta se produjo un cambio radical, cuando el interés se desplazó a los niños que mostraban conductas delictivas, violentas y antisociales.

Según Smith, este cambio pudo estar relacionado con el miedo suscitado por el lanzamiento soviético de los satélites Sputnik, en otoño de 1957, de que Estados Unidos se quedase rezagado frente a la Unión Soviética en la carrera por la superioridad científica, tecnológica y militar. Temían que, si no se reformaba el sistema educativo estadounidense para corregir la situación, podrían perder la Guerra Fría. Esto impulsó cambios en la estructura del aula, en los métodos de enseñanza y en las expectativas sobre el rendimiento de los alumnos.

Esta hipótesis no me convence del todo. En mi opinión, la situación descrita se entremezcló con otros cambios que ocurrieron en esa época como, por ejemplo, el surgimiento de una cultura adolescente rebelde y los temores que esta despertaba, los cambios en la estructura familiar y en los vínculos con el entorno social, el crecimiento de una clase media con aspiraciones y una mayor preocupación por los niños, tanto en su faceta de perpetradores como en la de víctimas de daños.[105] Lo importante aquí es reconocer que el TDAH aparece y se populariza por razones culturales, no científicas. Las nuevas inquietudes públicas y políticas darán lugar a cambios en los asuntos de interés, las conversaciones, la asignación de los recursos financieros, la prestación de servicios, etc.

Lo que hasta entonces era un trastorno culturalmente inexistente estaba a punto de experimentar un crecimiento acelerado. La metamorfosis que sufre el TDAH en las seis décadas siguientes es extraordinaria. Al principio, se introduce en el léxico médico como un trastorno poco frecuente, que afecta sobre todo a los chicos y que es probable que se supere con la edad. Más de sesenta años después, ha trascendido su nicho inicial en Estados Unidos para migrar hacia otros contextos geográficos, demográficos, experienciales, conductuales y de género. En la tercera década de nuestro milenio, la nueva clientela del TDAH está constituida por mujeres con poder adquisitivo.

Mutaciones en el diagnóstico

En los niños que mostraban hiperactividad no se pudieron encontrar pruebas de lesiones orgánicas subyacentes, por lo que las definiciones empezaron a centrarse en descripciones conductuales más que en una causa relacionada con el cerebro. En 1966, la segunda edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*DSM-II*, por sus siglas en inglés), desarrollado en Estados Unidos, acuñó la etiqueta «reacción hipercinética de la infancia».[106]

El creciente interés de los psicólogos hizo que se formularan hipótesis sobre mecanismos psicológicos para explicar conductas como la hiperactividad. El papel de la atención pasó a un primer plano cuando una nueva teoría propuso que los problemas para mantener la atención eran los causantes de la hiperactividad. Así, a

principios de la década de 1980, cuando el *DSM-II* fue sustituido por la tercera edición (*DSM-III*),[107] pasó a llamarse «trastorno por déficit de atención» (TDA). Podía diagnosticarse con o sin hiperactividad, y se definía utilizando tres dimensiones (tres listas separadas de síntomas): una para la desatención, otra para la impulsividad y otra para la hiperactividad.

El TDA preparó el terreno para que se produjera una revolución en la práctica psiquiátrica infantil occidental cuando el fármaco metilfenidato se incorporó a la creciente tendencia a utilizar psicofármacos para afrontar los retos de la vida, convirtiéndose en el primero destinado específicamente a los niños. En la revisión del *DSM-III* (que se convirtió en el *DSM-III-R*), a finales de la década de 1980,[108] se combinaron todos los síntomas en una lista (una dimensión) y el TDA pasó a denominarse «trastorno por déficit de atención con hiperactividad» (TDAH), al considerarse ahora que la desatención, la hiperactividad y la impulsividad formaban parte de un único trastorno sin distinciones. De este modo nació la etiqueta del TDAH.

Cuando se publicó la cuarta edición del *DSM* (*DSM-IV*) en 1994, [109] se modificaron de nuevo los criterios, esta vez a favor de un modelo bidimensional con dos subcategorías: la desatención y la hiperactividad-impulsividad. Con cada revisión, el número de niños que superan el umbral para recibir el diagnóstico va aumentando. En 2013 se publicó la quinta edición del *DSM* (*DSM-V*) con la ampliación de algunos criterios clave para permitir que más adolescentes y adultos pudieran optar a un diagnóstico.[110] Por ejemplo, en las versiones anteriores del *DSM*, las conductas de TDAH debían

haberse manifestado antes de los siete años para poder recibir el diagnóstico; en el *DSM-V* la edad se amplió hasta los doce años.

La infancia patologizada

El principal tratamiento recomendado para el TDAH pasó a ser la prescripción de medicación estimulante, es decir, el uso de fármacos pertenecientes a la clase de las anfetaminas (como el metilfenidato). Comentaré el mecanismo de acción de los estimulantes y su eficacia como tratamiento en el próximo capítulo. Sin embargo, la idea de que existía un tratamiento médico específico impulsó su adopción y creó un fundamento para imaginar que el TDAH se debía a algún tipo de deficiencia o desequilibrio químico.

En los años sesenta y setenta, se extendió el uso de psicofármacos a medida que ganaban popularidad los métodos de crianza basados en la ciencia. Con el auge de las formas científicas de hablar sobre los niños, el desarrollo infantil y la crianza, quedaron desbancados los enfoques más naturalistas característicos de las épocas anteriores. La educación de los niños se fue delegando cada vez más a grupos de expertos profesionales.[111]

Antes de esto, en la mayoría de los países occidentales se consideraba que los niños eran, por lo general, fuertes y resilientes. Un ejemplo de ello puede encontrarse en el estudio de los Fischer sobre la Nueva Inglaterra de finales de la década de los cincuenta y principios de los sesenta. Los autores encontraron que, para las familias estudiadas, las conductas problemáticas de los hijos se contemplaban como «etapas» por las que cabía esperar que

pasasen la mayoría de los niños. Al considerar los problemas de este modo, los padres no sentían la necesidad de recurrir a la ayuda profesional. De hecho, hacerlo hubiera ido en contra de otra creencia generalizada, esto es, la de que no debían forzar a los hijos por el riesgo de dañar el desarrollo de sus capacidades. Así pues, el «mal» comportamiento se interpretaba desde la lente de sus normas sociales como algo esperable y transitorio.[112]

A medida que los problemas de conducta infantil se alejan del ámbito del sentido común de los padres y de la sociedad y se convierten en asunto de una clase profesional, empiezan a incrementarse en el Occidente postindustrial los diagnósticos psiquiátricos infantiles y la prescripción de medicamentos psiquiátricos a los niños, sobre todo de estimulantes.

A principios del siglo XXI, el concepto de TDAH fue evolucionando desde un trastorno del desarrollo infantil hasta un trastorno cerebral estable y crónico, mientras iba cobrando fuerza la idea del TDAH del adulto. Esto conlleva que la atención se haya desplazado del comportamiento externo a los fallos percibidos de la regulación interna, resaltando los problemas relacionados con el «autoconcepto» e ignorando en gran medida la hiperactividad en los criterios diagnósticos.

Con el mayor énfasis de la cultura occidental sobre el individuo, se destaca la fragilidad de la vida interior, los deseos se convierten en necesidades mercantilizadas y se enseña a las personas a medir su sentido de la autoestima a través de logros competitivos. Los diagnósticos que culpan del problema a la disfunción bioquímica parecen proporcionar una vía de alivio frente a las dificultades que supone mantener un sentido positivo de uno mismo. En una cultura

mercantilizada, no solo resulta difícil sentir satisfacción o considerarse lo bastante bueno y productivo, sino que también cuesta entender qué significa, a qué se parece y cómo se experimenta tal satisfacción. El TDAH es una de las nuevas mercancías que se ofrecen para llenar esa sensación de vacío.

Lo que hoy definimos como TDAH ha evolucionado de la nada hasta convertirse en un trastorno permanente que puede identificarse en cualquier momento de la vida como algo con supuestas raíces «neuro»lógicas.

El TDAH es un trastorno ligado a la cultura

Cuando cambian las normas y las inquietudes culturales, también cambia lo que consideramos un problema, el modo de entenderlo una vez definido como tal y la forma de intervenir para tratar de solucionarlo.

Las diversas maneras de concebir el propio TDAH ofrecen una visión de las dinámicas culturales de la sociedad que lo construye. Ya hemos visto que la evolución de los constructos permitió primero patologizar el comportamiento irritante de los niños y, más tarde, explotar el sentimiento de las mujeres de no ser lo bastante buenas. También pueden observarse otras manipulaciones por la vía de la definición.

En el Reino Unido, es más probable que el TDAH sea diagnosticado y tratado en niños (sobre todo varones) de clases sociales bajas y se asocia a un mayor grado de problemas de conducta; en cambio, en Estados Unidos, es más probable que sea

diagnosticado y tratado en niños de clase media (también varones), sobre todo en zonas de menor rendimiento escolar, aunque es posible que este patrón esté cambiando en la actualidad.[113] Las entrevistas a jóvenes diagnostica-dos de TDAH en el Reino Unido y en Estados Unidos han revelado que sus creencias sobre el TDAH reflejan estos datos epidemiológicos. Los niños del Reino Unido son mucho más propensos a considerar el TDAH como un trastorno del autocontrol que los lleva a perder los estribos y meterse en peleas, mientras que los niños de Estados Unidos tienden a creer que el TDAH hace que fracasen en la escuela.[114]

Los estudios transculturales sobre el TDAH muestran diferencias importantes y significativas entre los evaluadores de distintos países en cuanto a las conductas que califican como problemáticas. También se observan diferencias notables entre los evaluadores cuando examinan a niños de distintos orígenes étnicos minoritarios. En un estudio de 1992, los médicos chinos e indonesios dieron puntuaciones significativamente más altas a los comportamientos hiperactivos y problemáticos en comparación con sus colegas japoneses y estadounidenses.[115] Esto puede reflejar actitudes culturales hacia ciertos tipos de conductas en los niños y, al mismo tiempo, sugiere que es poco probable que las comparaciones internacionales basadas en observaciones o cuestionarios de valoración sean fiables.

Un estudio de antropología médica publicado en 2003 analizó a un grupo de niños de clase media de una escuela mexicana. Los investigadores utilizaron cuestionarios estándar del TDAH y llegaron a la conclusión de que alrededor del 8 por ciento de los niños podían ser diagnosticados de TDAH; sin embargo, solo había un niño en esa

escuela que hubiera recibido tal diagnóstico. A través de entrevistas con los padres y profesores de los niños más activos no diagnosticados, los investigadores descubrieron que estos cuidadores pensaban que los comportamientos típicos del TDAH podían considerarse dentro de los límites de lo normal y esperable a esas edades, sobre todo en los chicos.[116]

La raza y la etnia son otros marcadores en los que se pueden encontrar diferencias dentro de un mismo país en los patrones de diagnóstico. En un estudio etnográfico de 2008 sobre las familias con niños diagnosticados de TDAH en una zona metropolitana del noreste de Estados Unidos se hallaron diferencias notables entre las creencias y prácticas de las familias «euroamericanas» y las «afroamericanas». Las familias euroamericanas recurrían a explicaciones biomédicas y preferían utilizar términos médicos como «trastornos» y «afecciones», o categorías diagnósticas específicas para describir los problemas de conducta de sus hijos; en cambio, las familias afroamericanas se resistían a patologizar la experiencia de sus hijos. Estas empleaban un vocabulario más vago, como «problemas», «retos» y «dificultades», para describir los comportamientos y sentimientos problemáticos de sus hijos. Las familias afroamericanas cuestionaban de forma activa y escéptica los tratamientos de salud mental, tanto si se basaban en medicación como en enfoques psicoterapéuticos.[117]

Merece la pena recordar estos estudios más antiguos, ya que nos dicen algo sobre la ideología cultural en las primeras fases del desarrollo y florecimiento de la industria del TDAH y la «neurodiversidad» asociada. Nos recuerdan que la brecha entre las observaciones de la conducta de un niño y los significados que se le

atribuyen es vasta y profunda. En ese espacio construimos nuestras interpretaciones culturalmente sesgadas, con las consecuencias que luego se derivan de nuestras elecciones.

En la actualidad, siguen existiendo diferencias dentro de un mismo país. Por ejemplo, en Estados Unidos, en el caso de los niños de origen latinoamericano y asiático, el diagnóstico de TDAH es significativamente menos frecuente en comparación con los niños estadounidenses de ascendencia europea.[118] En Israel, la población judía puede clasificarse en cuatro grados de religiosidad relativamente distintos: laico, tradicional, ortodoxo (judíos observantes) y ultraortodoxo (judíos observantes devotos). Un estudio de Yaakov Ophir reveló que estos grupos muestran una tendencia lineal en las tasas de TDAH: en el grupo ultraortodoxo se diagnosticó de TDAH a un 6,7 por ciento, en el grupo ortodoxo a un 16,4 por ciento, en el tradicional a un 25,7 por ciento y en el secular a un 26,0 por ciento.[119]

¿Cuál es la frecuencia actual de TDAH?

Una forma de estimar la frecuencia del diagnóstico de TDAH es observar el consumo mundial de estimulantes recetados. Aunque Estados Unidos sigue a la cabeza (junto con Islandia) de los mayores consumidores per cápita, el consumo mundial de estimulantes de venta con receta ha aumentado de forma constante durante la última década. En un año, de 2020 a 2021, el número de países donde se prescriben estimulantes aumentó de 62 a 67, y el consumo se incrementó en varios países europeos (Alemania, Bélgica,

Dinamarca, España, Estonia, Finlandia, Islandia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza), así como en Canadá, China, Nueva Zelanda y la República de Corea.[120]

¿Qué proporción de la población está diagnosticada de TDAH? En Estados Unidos, en 2016, según la Encuesta Nacional de Salud Infantil, realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el 9,6 por ciento de todos los niños (de seis a once años) y el 13,6 por ciento de todos los adolescentes (de doce a diecisiete años) habían recibido un diagnóstico médico de TDAH.[121] Otros datos de encuestas nacionales revelaron que las tasas de TDAH sobrepasaban el 20 por ciento en los niños de once a catorce años.[122] Esto supera con creces (del 3 al 5 por ciento) la tasa «oficial» de prevalencia del TDAH a estas edades.

El TDAH se ha convertido en un monstruo del CISM: cuanto más nos esforzamos por domarlo, más grande, fuerte y agresivo se vuelve.

¿Qué le ocurrió a Jordan?

Empecé este capítulo hablando de Jordan, un niño de ocho años de origen afrocaribeño y británico cuya escuela pensó que podía tener TDAH. Su madre, Miriam, no estaba de acuerdo con la opinión de la escuela. En mi consulta, Jordan no dio muestras de ningún problema y se mantuvo concentrado armando un puzle y construyendo una casa de Lego.

Miriam se había separado del padre de Jordan cuando este era un bebé. El padre ya no tenía contacto con su hijo y la madre no quería

que lo tuviera. Antes de mudarse hace dos años, vivían en Londres, cerca de los padres de Miriam, que les ayudaban mucho. Jordan estaba y sigue estando muy unido a su abuelo materno, pero ahora no lo ven tanto. A Jordan no le gusta su nuevo colegio y siente que los profesores y algunos de los niños «se meten con él».

Nuestras sesiones podrían haberse movido en muchas direcciones diferentes. El cambio de residencia, la pérdida del padre a una edad temprana, la pérdida del apoyo de la red familiar, la desaparición de un modelo masculino, el posible racismo o, como mínimo, la conciencia de la diferencia, los prejuicios de la escuela y algunas otras. Existía la posibilidad de hablar más con Jordan para entender sus sentimientos, de ponerme en contacto con la escuela, de entrevistar a otros miembros de la familia, y así sucesivamente.

En nuestro segundo encuentro, Jordan repitió lo que había hecho en el primero. Examinó los juguetes, puzles y libros de la estantería. Sacó un libro de chistes y lo leyó en voz baja, sonriendo de vez en cuando. Luego eligió un puzle, se sentó en el suelo y empezó a ordenar y ensamblar las piezas con cuidado. Miriam y yo hablamos mientras tanto. Al cabo de un rato, ella se calló y se quedó mirando a Jordan, con una expresión que yo interpreté como adoración. Él advirtió el silencio de su madre, levantó la vista hacia ella y le dijo: «¿Qué pasa?». Miriam le sonrió. «Nada, solo te miraba. Me gusta verte así». Jordan volvió a su puzle. Yo sentí curiosidad. Quise indagar más sobre ese momento.

Miriam me explicó que le gustaba ver lo tranquilo, educado y dispuesto a cooperar que se mostraba. Le había sorprendido su comportamiento en la primera sesión, y ahora lo repetía de nuevo. En casa solía mostrar una actitud desafiante y confrontativa. Estaba

preocupada por él. Le preocupaba lo que pudiera pasarle en el futuro y lo fácil que era etiquetar y marginar a los chicos negros. Pregunté a Miriam por qué creía que su hijo parecía tener un comportamiento tan distinto cuando venían a la consulta. Y este fue el patrón que empezaron a seguir nuestras sesiones.

Mientras Miriam y yo hablábamos, Jordan se entretenía en silencio y tranquilo. Era obvio que escuchaba, por los comentarios oportunos que hacía de vez en cuando. Hablé con Miriam sobre la naturaleza de las emociones. Estas son contagiosas. Tendemos a «contagiarnos» de las emociones de las personas más cercanas (tanto emocional como geográficamente). Una emoción puede propagarse a una velocidad alarmante. La risa provoca risa, la ira engendra ira, la preocupación despierta preocupación y la calma (a veces) inspira calma. Hablamos de sus sentimientos respecto a Jordan, de su propia vida y de la vida en común con su hijo.

Le expliqué que las relaciones se enmarcan en una especie de ritmo. Utilizo la metáfora de una danza para no limitarme al comportamiento y para comprender el flujo emocional que tiene lugar entre dos (o más) personas. Las relaciones se desarrollan en una danza en la que intervienen nuestros miedos, alegrías y frustraciones, que encuentran su eco en las respuestas que recibimos y que, a su vez, crean reacciones en nosotros. Hablamos de los miedos, de las alegrías y de las frustraciones de Miriam, y del tipo de danza emocional que se daba entre ella y Jordan. ¿Estaría dispuesta a modificar su parte de la danza? ¿Podría aprender a abandonar la preocupación y la frustración, tan presentes en su danza emocional? ¿Podría prestar atención a las habilidades y destrezas de Jordan y reforzarlas, incluida la capacidad para estar

tranquilo y concentrado que estaba demostrando tener en las sesiones?

Comparé el funcionamiento de la atención emocional con un radar. Debido a su preocupación, el radar interno de Miriam escanea el entorno buscando señales inquietantes. Con el tiempo, esto es lo que marca su danza emocional. En lugar de preocuparse, ¿sería capaz de entrenar su radar interno para percibir las acciones y los comportamientos de su hijo que reflejasen sus habilidades, su madurez y los aspectos que pudiera celebrar, por muy breves o infrecuentes que fuesen? ¿Sería capaz de aprender a gestionar las situaciones difíciles sin cargarlas de excesiva energía emocional? Miriam descubrió que sí, y la tensión de la relación con su hijo se relajó. Jordan se comportaba siempre de maravilla, y yo podía sentir el corazón de Miriam henchido de orgullo cada vez que lo elogiaba por su comportamiento y por el gusto de tenerlo en mi consulta. También lo cambió de colegio.

Cuando llegó el momento de dar de alta a Jordan, le pregunté a Miriam qué creía que la había ayudado. Contestó que el hecho de sentirse escuchada. Pocas veces son los consejos inteligentes los que marcan la diferencia.

6

¿Es el TDAH un constructo con base científica?

> Sé que la mayoría de los hombres rara vez son capaces de aceptar la verdad más simple y evidente si esto les obliga a admitir la falsedad de las conclusiones que se han deleitado en explicar a otros.
>
> LEV TOLSTÓI

Yasmine, una chica de quince años que lleva muchos años en el sistema de protección infantil, ha sido derivada a nuestro servicio por su asistente social. Sus padres biológicos eran toxicómanos. A los dos años, Yasmine fue puesta bajo la tutela de los servicios sociales por negligencia de los padres y tuvo que pasar por varios centros de acogida hasta los cuatro años, cuando fue finalmente adoptada. Por desgracia, la adopción fracasó al cabo de un par de años y ella regresó al sistema de acogida. Además de sus frecuentes ataques de ira y de comportamientos descritos como «controladores», solía escaparse en ocasiones.

Tras su regreso a los servicios sociales, le fue relativamente bien en un hogar de acogida de larga duración, se mantuvo estable y fue capaz de adaptarse a una escuela normal. En la adolescencia aparecieron de nuevo los problemas. Se volvió conflictiva, solía escaparse (tuvieron que llamar a la policía en varias ocasiones) y se

mostraba agresiva con una recién llegada más joven a la familia de acogida. Tras el fracaso de la acogida, ya con catorce años, fue internada en un hogar infantil de gestión privada que se autodenominaba hogar «terapéutico».

Yasmine se había criado en el bullicio de Londres. Este nuevo hogar estaba en una zona rural, donde la empresa gestora había aprovechado los bajos precios de las viviendas y la gran demanda de lugares para atender a niños difíciles de ubicar. Ella era una de las tres residentes en su hogar, que contaba con personal de apoyo las veinticuatro horas del día. Ya no tenía ningún contacto con los padres biológicos, con los adoptivos ni con los de acogida de larga duración, pero sí con sus abuelos paternos.

Desde su ingreso en el hogar de acogida, hacía varios meses, tenía a veces conductas difíciles. Podía mostrarse conflictiva, grosera con el personal, hostil, incapaz de centrarse y de finalizar las tareas. Su participación en las actividades educativas era esporádica.

Lo que resultaba desconcertante para los cuidadores es que podía tener días buenos en los que se mostraba receptiva, cariñosa, agradecida y dispuesta a participar. Recientemente, tras una excursión a la playa en la que pareció disfrutar genuinamente y hasta comentó «Me encanta estar aquí», al día siguiente se puso «fuera de sí». Rompió una bombilla y con los cristales rotos se hizo cortes en el antebrazo; después se tragó algunos trozos y se escapó. La policía la encontró al día siguiente, a unos cincuenta kilómetros de distancia. Había caminado sin parar y, a causa de ello, le salieron ampollas y heridas en los pies.

Como la mayoría de los niños con un largo historial en los servicios de protección infantil, Yasmine había pasado por múltiples

evaluaciones psicológicas y psiquiátricas a lo largo de los años, a menudo para intentar salvar una acogida. Había recibido terapia por «trauma del apego». Pese a reconocerse sus vivencias traumáticas, la evaluación más reciente, realizada por un psicólogo clínico privado, llegó a la conclusión de que probablemente presentaba TDAH. La trabajadora social de Yasmine la derivó a nuestro servicio para solicitar una «evaluación urgente de salud mental» que incluyera «pruebas» para detectar un posible TDAH.

¿Qué diferencia supondría un diagnóstico para Yasmine? ¿Existen pruebas de que un diagnóstico de TDAH pueda dar lugar a intervenciones que mejoren su vida? Volveré a la historia de Yasmine al final del capítulo.

Entonces, ¿qué es el TDAH?

Pese a todo lo expuesto hasta el momento, quizá no se entienda bien todavía qué es el TDAH. Quizá aún no lo he explicado con claridad, por lo que quisiera exponer algunas cuestiones conceptuales y científicas.

Hay algunos temas clave que debemos abordar. ¿Qué significa un diagnóstico que supuestamente identifica una enfermedad concreta y que se puede empujar, estirar, expandir, y cuyos criterios pueden modificarse?

¿Cómo se llega a una comprensión científica de lo que constituye un «caso»?

En el capítulo 3 describí los principios de la metodología científica y cómo la medicina factual permite aplicar dichos principios para

acumular conocimientos técnicos en torno a un diagnóstico. Expliqué que la medicina basada en datos científicos comienza con la formulación de una hipótesis. Esta hipótesis debe demostrarse empíricamente mediante estudios que generen datos que permitan determinar si tienen fundamento y en qué grado lo tienen. Si no hallamos el respaldo empírico para nuestra hipótesis, se mantiene la «hipótesis nula». La hipótesis nula es siempre el punto de partida, lo que significa que siempre empezamos presuponiendo que nuestra hipótesis no es cierta (es decir, es nula: no existe tal cosa). Si logramos refutar con datos científicos la hipótesis nula, se considera que nuestra hipótesis tiene respaldo empírico. Una vez que disponemos de datos que apoyan nuestra hipótesis, es necesario que otros equipos de investigación repliquen los resultados para poder descartar definitivamente la hipótesis nula.

Aquellos que afirman que el TDAH es «genético», que está relacionado con el «desarrollo neurológico» y es la consecuencia de un «desequilibrio químico», tienen la responsabilidad de demostrarlo para que podamos aceptar estos planteamientos. Como científico, mi único trabajo consiste en examinar los estudios para ver si tales afirmaciones tienen un fundamento cierto.

Es importante explicar esto, ya que a menudo me encuentro con partidarios de abandonar esta premisa básica y afirmar que «la falta de pruebas no es lo mismo que la prueba de que algo no existe». Pero, en términos científicos, eso es precisamente lo que es. Así que vamos a examinar las pruebas teniendo presente la hipótesis nula.

¿Se ha refutado la hipótesis nula sobre el componente genético del TDAH?

La afirmación de que el TDAH tiene una base genética se ha extrapolado principalmente a partir de estudios de gemelos, pues el diagnóstico de TDAH en las parejas de gemelos idénticos es más frecuente que en las de gemelos no idénticos. En el método de los gemelos para estimar la heredabilidad se presupone que, si el porcentaje de gemelos idénticos diagnosticados con la misma enfermedad es mayor que el de gemelos no idénticos, la enfermedad tiene una base genética. Esto es así porque los gemelos idénticos tienen el 100 por ciento de los genes en común, mientras que los gemelos no idénticos solo tienen en común, como media, el 50 por ciento de los genes. Los estudios sobre gemelos han llevado a considerar que el TDAH es genético en un 75-80 por ciento. En sus libros y artículos, el investigador Jay Joseph ha examinado en detalle la cuestión de la heredabilidad de los trastornos psiquiátricos (incluido el TDAH) y ha llegado a la conclusión de que no existe un fundamento científico para las afirmaciones relacionadas con la genética basadas en estudios de gemelos.[123]

Examinemos ahora los problemas que plantean los estudios de gemelos y las investigaciones subsiguientes que pretenden establecer los fundamentos genéticos del TDAH.

Para afirmar que los gemelos idénticos tienen una mayor probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico por compartir los mismos genes hay que presuponer que, tanto en las parejas de gemelos idénticos como en las de no idénticos, el entorno psicológico y social es el mismo. Esto se conoce como la «suposición

de un ambiente común». Sin embargo, esta suposición no es válida cuando se comparan gemelos idénticos y no idénticos. Los gemelos idénticos suelen recibir un trato más parecido (por ejemplo, se les viste con la misma ropa) y experimentan un entorno psicológico único (por ejemplo, intercambian los papeles para confundir a los demás). Los gemelos idénticos son siempre del mismo sexo, a diferencia de los no idénticos. Pertenecer a una pareja de gemelos idénticos es una experiencia diferente a la de pertenecer a una pareja de gemelos no idénticos, por lo que los factores psicológicos y sociales, y no solo los genes, también podrían ser responsables de una mayor similitud conductual o emocional. Esto significa que el método de estudio de los gemelos no puede separar los factores genéticos de los ambientales para las enfermedades psiquiátricas, por lo que no es posible llegar a estimaciones sobre la contribución genética al desarrollo del TDAH a partir de este método.

Existen otros métodos para estimar la heredabilidad genética, como los estudios de familias (que analizan la prevalencia de los síntomas del TDAH en los árboles genealógicos), donde tampoco se pueden separar los factores genéticos de los ambientales. Otro enfoque, que es más difícil desde el punto de vista logístico, son los estudios de adopciones. Un estudio de adopciones sobre el TDAH implicaría comparar las tasas de TDAH en las familias de los padres que adoptan niños diagnosticados con TDAH con las tasas en las familias biológicas de esos niños. No ha habido estudios de adopciones de este tipo en la investigación del TDAH. De cualquier forma, hay muchos problemas metodológicos en los estudios de adopciones, desde el hecho de que la mayoría de los adoptados ya han pasado un tiempo considerable en las familias biológicas de

origen o en hogares de acogida antes de ser adoptados hasta las diferencias que pueden existir entre los padres de niños adoptivos como grupo y los padres biológicos «medios». Los estudios de adopciones, al igual que los estudios de familias, tampoco pueden distinguir entre la influencia de los factores ambientales y genéticos, por lo que ninguno de estos métodos utilizados para estimar la heredabilidad puede, por sí solo o junto con los otros, refutar la hipótesis nula de que no existe ninguna anomalía o diferencia genética característica asociada a quienes obtienen un diagnóstico de TDAH.

La única forma fiable de demostrar que el TDAH tiene una base genética específica es mediante estudios de genética molecular, es decir, examinando el propio material genético. Desde que existe la posibilidad de analizar el genoma completo de forma más rápida y económica, cada vez se dispone de más datos sobre la genética molecular. Este número creciente de estudios genéticos sobre el TDAH no está aportando ninguna información específica en cuanto a genes anómalos ni en cuanto a diferencias genéticas que sigan un patrón uniforme.

En 2010 se publicó un estudio en la revista médica *The Lancet* en el que los autores afirmaban haber encontrado pruebas genéticas moleculares relacionadas con el TDAH.[124] Esta investigación suele citarse como un estudio significativo que demuestra con certeza que el TDAH tiene una base genética. En el comunicado de prensa en el momento de su publicación, Anita Thapar, la directora del equipo investigador, no dejaba lugar a dudas: «Ahora podemos afirmar con seguridad que el TDAH es una enfermedad genética y que los

cerebros de los niños con este trastorno se desarrollan de un modo diferente al de los otros niños».[125] Esto es lo que hallaron.

El estudio consistió en analizar todo el genoma para identificar algo denominado «variaciones en el número de copias» (VNC). Las VNC son segmentos genéticos anómalos que aparecen duplicados en lugares incorrectos o eliminados de donde deberían estar. Se compararon 366 niños «con TDAH» con 1.047 niños «sin TDAH». Los investigadores descubrieron que el 15,6 por ciento de los niños con TDAH presentaba este tipo de variaciones, frente al 7,5 por ciento de los del grupo de control sin TDAH. Esto representa un 8 por ciento más en el grupo con TDAH, una cifra apenas significativa (y que no se acerca en absoluto a las estimaciones de heredabilidad del 75-80 por ciento de los estudios de gemelos). Si aceptamos la prevalencia «ampliamente reconocida» del TDAH en un 35 por ciento de la población, significa que una persona joven con VNC tiene más probabilidades de no tener un diagnóstico de TDAH que de tenerlo.

Pero hay más, mucho más. Cuando se excluyó a los niños con dificultades significativas de aprendizaje del grupo con TDAH, solo el 11,4 por ciento de los niños restantes tenían variaciones (ahora solo superaban en un 4 por ciento al grupo de control «sin TDAH»). Sin embargo, el 39 por ciento (13 de 33) de los niños con TDAH y dificultades de aprendizaje presentaban variaciones. Este dato apunta a una asociación más fuerte entre la presencia de variaciones y las dificultades de aprendizaje (39 por ciento) que entre las variaciones y solo el TDAH (11,4 por ciento).

Los autores deberían haber seleccionado un subgrupo dentro de su grupo de TDAH con el mismo nivel de inteligencia para controlar

los efectos de la capacidad de aprendizaje. Esto habría permitido una comparación más legítima con el grupo de control. No puedo evitar preguntarme si habrían encontrado diferencias significativas entre los grupos con y sin TDAH en el caso de que los dos grupos hubieran tenido una capacidad de aprendizaje similar (medida por el test del cociente intelectual utilizado en el estudio).

Desde entonces, han proliferado las investigaciones genéticas bien financiadas sobre el TDAH. A miles de personas diagnosticadas de TDAH se les ha analizado todo el genoma para detectar lo que se conoce como «variantes de ADN», es decir, fragmentos de ADN que difieren entre las personas que presentan una enfermedad y las que no. Esto se denomina «estudios de asociación del genoma completo» (EAGC). En los EAGC, se examina el ADN de cada persona —que contiene millones de secuencias genéticas— para ver si se encuentra algún gen que aparezca con más frecuencia en las personas con una enfermedad que en las que no la padecen. Si se encuentra el gen, se dice que está asociado a la enfermedad. Es importante señalar que no se trata de fragmentos del genoma considerados anómalos (como en el caso de las VNC), sino simplemente diferentes.

Los EAGC son fundamentalmente diferentes de los métodos que parten de una hipótesis. Un enfoque basado en hipótesis plantea la teoría de que un gen o un conjunto de genes concretos son anómalos y luego los compara en personas con o sin diagnóstico de TDAH. Los EAGC son ejercicios de «pesca de datos». Pueden conducir a una hipótesis que puede investigarse más a fondo si se descubren regiones de interés que parecen relacionadas con la enfermedad estudiada. Sin embargo, por sí solos no permiten

conocer la relevancia de un conjunto concreto de genes «normales» que aparecen con una frecuencia ligeramente mayor en personas con o sin un diagnóstico.

El EAGC inicial del TDAH no permitió descubrir ninguna variante de ADN significativa, pese a incluir más de tres mil pacientes con diagnóstico de TDAH y/o a sus padres. Más tarde, utilizando muestras aún mayores, de decenas de miles de personas diagnosticadas de TDAH, los EAGC demostraron que el TDAH está asociado a muchas variantes comunes, cada una de ellas con efectos ínfimos, que se extienden por todo el genoma y se solapan con otros diagnósticos psiquiátricos (como el autismo, la esquizofrenia y el trastorno bipolar).[126]

Esto significa que, para detectar genes que se encuentran con una frecuencia ligerísimamente superior a la esperable por azar en las personas con TDAH en comparación con los controles sanos, se necesita una muestra muy grande. La mayoría de las personas diagnosticadas con TDAH no presenta ninguna de las diferencias genéticas individuales detectadas en las enormes muestras de los EAGC, ni disponemos de ninguna teoría biológica razonable que sea investigable a partir de estos hallazgos minúsculos y apenas relevantes.

Tras desistir de encontrar alguna prueba relevante de genética molecular a partir de una hipótesis previa, surgió una nueva idea. En lugar de buscar genes implicados, se crearía un «algoritmo» basado en las probabilidades. Bienvenidos al mundo de la «puntuación del riesgo poligénico» (PRP). La PRP se basa en comparar miles o decenas de miles de análisis del genoma completo de personas con una enfermedad específica con los de un grupo de control «sano».

Este método parte del EAGC ya comentado. A continuación, la PRP utiliza el perfil genético del EAGC de una enfermedad concreta para aplicarlo a un paciente particular.

Teniendo en cuenta que los EAGC identifican cientos de segmentos de variantes genéticas dispersos por todo el genoma, la PRP es el proceso de examinar el genoma de una persona para ver cuántos de estos cientos de posibles variantes pueden encontrarse en su perfil genético particular. Cuanto mayor sea la PRP (cuantas más de estas minúsculas diferencias genéticas se encuentren), mayor será el riesgo genético estimado.[127] Pero, como cualquier método basado en probabilidades, no dice nada sobre la causa.

¿Adónde nos lleva esto? Pues bien, estas son las últimas estimaciones sobre qué proporción de la varianza en la causa de los trastornos mentales puede explicarse por el método de la PRP: alrededor del 6 por ciento de la varianza de la susceptibilidad para la esquizofrenia; el 2 por ciento para el trastorno depresivo mayor; el 5 por ciento para el trastorno bipolar y el 6 por ciento para el TDAH (de nuevo, muy lejos de las estimaciones de heredabilidad del 75-80 por ciento). Pero, ¡atención!, las conductas que no se consideran trastornos psiquiátricos tienen estimaciones más altas utilizando el método de la PRP: un 10 por ciento para las conductas externalizantes (problemas de conducta en general); un 11 por ciento para los años de escolarización (un indicador del nivel educativo) y un 15 por ciento para el rendimiento escolar evaluado a los dieciséis años, que es la puntuación poligénica más predictiva en las ciencias del comportamiento (lo que posiblemente indica, como antes, que existe una mayor carga genética potencial para las dificultades de aprendizaje).[128]

¿Qué significa todo esto en la vida real? Creo que la única conclusión global a la que podemos llegar es que la genética no ha avanzado nada en cuanto a entender qué es el TDAH.

Sin embargo, aquellos que han pasado sus carreras defendiendo que el TDAH tiene una base genética no pueden aceptar este fracaso tan obvio de no haber encontrado datos probatorios fiables (algo quizá comprensible, pues antes que científicos son humanos). Para hacer frente a este dilema, ahora se refieren a él como «la heredabilidad perdida». Como dan por supuesto que el TDAH es genético, imaginan que los genes deben estar por ahí, en algún sitio, pero que aún no los hemos encontrado. La razón más probable de la «heredabilidad perdida» es, por supuesto, que nunca existió. Científicamente hablando, debemos presuponer que, en lo que respecta a la genética, no hay nada nuevo bajo el sol, no hay datos que permitan rechazar la hipótesis nula: no existe ninguna anomalía o perfil genético característico identificable asociado al TDAH.

¿Se ha refutado la hipótesis nula en los estudios de neuroimágenes del TDAH?

Al igual que en la genética, los estudios de neuroimágenes del TDAH no han descubierto ninguna anomalía específica o característica. El panorama que se revela a partir de los estudios es que no hay ningún patrón común en los hallazgos, que son desviaciones estadísticas (aunque los radiólogos no considerarían los cerebros clínicamente anormales); proceden de muestras pequeñas; no consideran la influencia de la edad (y veremos por qué esto es

importante cuando hable más adelante de los estudios sobre la fecha de nacimiento) y no suelen tener en cuenta las diferencias en el CI (ni las dificultades intelectuales o de aprendizaje asociadas) ni los posibles efectos de la medicación. Un equipo de investigadores detecta que una parte del cerebro es más pequeña que en los controles «sanos», pero el siguiente no lo detecta, o incluso encuentra que es un poco más grande.

En 2017, la revista *Lancet Psychiatry* publicó un estudio cuyos autores afirmaban haber encontrado pruebas definitivas de que los cerebros de los jóvenes con TDAH eran diferentes y más pequeños que los cerebros de los jóvenes sanos.[129] El investigador principal, el doctor Hoogman, afirmó: «Los datos de nuestro análisis de gran potencia estadística confirman que los pacientes con TDAH presentan cerebros alterados y, por lo tanto, que el TDAH es un trastorno cerebral».[130]

Los autores denominaron a su estudio un «megaanálisis», pues incluyó datos de veintitrés estudios previos realizados en varios países que se procesaron y analizaron juntos como si se tratase de un único gran estudio. Este método puede a veces ser esclarecedor, pero también puede hacer que los hallazgos casuales parezcan más significativos de lo que en realidad son. En total, reunieron datos de neuroimágenes de 1.713 pacientes diagnosticados con TDAH y de 1.529 individuos que no tenían este diagnóstico. Los autores afirmaron haber encontrado diferencias minúsculas en algunas estructuras cerebrales (no en todas) que se volvieron estadísticamente significativas al sumar todos los datos registrados procedentes de todos los estudios.

Otros investigadores detectaron problemas en estas afirmaciones. [131] La mayor diferencia se había encontrado en una pequeña estructura cerebral llamada núcleo *accumbens* (NA). Los autores sostenían que los niños con TDAH tenían un NA más pequeño que los niños sin TDAH. Sin embargo, al examinar los datos por centros, se observa que diez de los veintitrés centros encontraron que el tamaño medio de NA era menor en el grupo con TDAH, cuatro centros encontraron que el NA medio era mayor en el grupo con TDAH y seis no encontraron diferencias. Este es el panorama en la estructura con la mayor diferencia observada en el estudio. Siguiendo con el NA, también se puede ver que hay importantes problemas técnicos con la interpretación de las imágenes obtenidas con los diferentes equipos o algoritmos analíticos utilizados en los distintos centros. Por ejemplo, en Bergen (Noruega), los participantes con TDAH presentaban un volumen medio del NA de 758 mm3 frente a la media de 805 mm3 del grupo de control, mientras que en Wurzburgo (Alemania) el volumen medio del NA en el grupo con TDAH era de 462 mm3 frente a 449 mm3 en el grupo de control. Tal vez los niños noruegos tengan un NA sorprendentemente grande en comparación con los alemanes, que según este criterio deberían sufrir TDAH fortísimos.

Este estudio tampoco controló las diferencias en el CI (en la capacidad de aprendizaje). En distintas investigaciones con adultos y niños se ha demostrado que existe una asociación entre el volumen cerebral y el CI. Otro grupo de investigadores volvió a analizar los datos publicados en el estudio de Hoogman y llegó a la conclusión de que no había diferencias significativas entre los individuos con TDAH y los del grupo de control en ninguna de las regiones del

cerebro investigadas una vez se controlaban las diferencias en el CI.[132]

Una última cuestión en este embrollo de pretender que hay algo específicamente «neuro»lógico en el TDAH: ¿qué supondría encontrar diferencias significativas en el tamaño del cerebro? Los cerebros masculinos son, por término medio, más grandes que los femeninos desde el nacimiento. En la edad adulta, el tamaño en los hombres se suele estabilizar en torno a un 11 por ciento mayor respecto al de las mujeres.[133] Sin embargo, en condiciones de igualdad de acceso a las oportunidades educativas, las mujeres tienden a obtener una puntuación media más alta en los exámenes que los hombres. ¿Significa esto que un cerebro más pequeño es la causa de ser más inteligente?

También en este caso, en lo que respecta a la ciencia, no hay ninguna prueba a la vista. Nadie ha llegado a encontrar ninguna anomalía característica del TDAH y, por lo tanto, no existe ningún marcador biológico ni ningún tipo de prueba de neuroimagen que permita diagnosticar el TDAH. La hipótesis nula se mantiene: no existe ninguna anomalía cerebral característica asociada al TDAH.

¿Se ha refutado la hipótesis nula de que el TDAH esté causado por un desequilibrio químico?

No faltan «expertos» dispuestos a afirmar que el TDAH está relacionado con una carencia química del neurotransmisor «dopamina». Debido a que los fármacos estimulantes (como el metilfenidato) utilizados en el tratamiento del TDAH actúan

aumentando de manera significativa la liberación de dopamina, se ha impuesto la teoría de que el TDAH es el resultado de una falta de dopamina. Sin embargo, hace décadas que se descubrió que tomar estimulantes, independientemente del diagnóstico, mejora la capacidad, al menos a corto plazo, de mantener la concentración en una tarea. En otras palabras, los estimulantes tienen un efecto general en cualquier persona que los tome, más que ejercer un efecto específico en los que reciben la etiqueta de TDAH.[134] Hay que recordar que los estimulantes como la cocaína y las anfetaminas se consumen ampliamente de forma ilícita, por lo que existe un floreciente mercado negro de fármacos para el TDAH.

A pesar de que nadie demostró nunca que existiera una falta de dopamina en las personas diagnosticadas con TDAH, la teoría del desequilibrio químico se difundió a la par que las campañas de *marketing* de los fabricantes de fármacos.

Un estudio publicado en 2013, que apenas tuvo repercusión en los principales medios de comunicación, cuestionaba «las afirmaciones anteriores de que el TDAH es el resultado de anomalías fundamentales en la transmisión dopaminérgica».[135] Los investigadores descubrieron que la administración del estimulante metilfenidato a voluntarios adultos sanos, así como a aquellos que presentaban síntomas de TDAH, provocaba incrementos similares de dopamina en sus cerebros. Ambos grupos experimentaron también mejoras equivalentes en su capacidad de concentración.

Esto no debería sorprendernos. Las anfetaminas provocan una especie de visión de túnel que le permite a uno concentrarse al máximo en lo que se está haciendo; por lo tanto, además de consumirse por sus efectos recreativos, también se utilizan para

estudiar antes de los exámenes, ya que aumentan la concentración y ayudan a mantenerse despierto. Como todos los restantes fármacos usados en psiquiatría, tienen efectos generales en todas las personas. No corrigen ningún desequilibrio químico provocado por una enfermedad.

Puesto que nadie ha encontrado la ilusoria falta de dopamina en el TDAH, la hipótesis nula se mantiene: no existe ningún desequilibrio químico característico ni carencia asociada al TDAH.

Como confirmó un artículo de revisión de 2024 que analizó todas las investigaciones biológicas sobre el TDAH, no existe ninguna diferencia biológica que pueda utilizarse para distinguir a las personas con un diagnóstico de TDAH de las que no lo tienen.[136] Desde una perspectiva científica, esto significa que no existen factores genéticos, cerebrales o químicos característicos del TDAH.

Los más pequeños de la clase tienen más probabilidades de terminar con un TDAH

Varios estudios realizados en distintos países han descubierto que los niños más pequeños de un curso tienen un riesgo significativamente mayor (en comparación con los mayores del mismo curso) de ser diagnosticados con TDAH y/o de recibir medicación para el TDAH. En estos estudios se ha observado este patrón tanto en países con tasas altas de diagnóstico o prescripción (Estados Unidos) como en aquellos con tasas bajas (Finlandia).[137] Esto parece indicar que la inmadurez relativa con respecto a los

compañeros es un factor de riesgo para recibir el diagnóstico de TDAH.

Por supuesto, los niños maduran a ritmos diferentes, lo que plantea la pregunta fundamental de si un diagnóstico de TDAH, incluso para los niños mayores de la clase, podría ser también el reflejo de un proceso de desarrollo relativamente más lento. Recordemos que se trata de un diagnóstico que reciben principalmente los chicos, que, por término medio, presentan un desarrollo más lento que las chicas.

Desde hace cierto tiempo pienso que el aumento de pseudodiagnósticos como el TDAH refleja la impaciencia occidental ante la diversidad de los niños, a los que, desde muy pequeños, se les transmite la idea de que se les valora por lo que hacen (por su «rendimiento») y no por el mero hecho de ser. El hallazgo de que la inmadurez escolar relativa esté asociada con la probabilidad de un diagnóstico de TDAH refuerza aún más mi preocupación de que la prevalencia de diagnósticos como el TDAH sea un indicador de la intolerancia de la cultura occidental moderna hacia los niños y la conducta infantil.[138]

El problema de determinar qué constituye un caso

Se supone que el diagnóstico de TDAH depende de una serie de criterios según los cuales el niño debe presentar seis o más «síntomas» de desatención y/o seis o más «síntomas» de hiperactividad e impulsividad. Según las últimas directrices, estos síntomas deben haber estado presentes durante más de seis meses

y haberse manifestado desde antes de los doce años. Además, deben observarse en al menos dos entornos diferentes (normalmente en casa y en la escuela), pero no es necesario que se observen en todas partes.

Estos son algunos de los «síntomas» que figuran en las listas:

- *Con frecuencia* no presta la debida atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- *Con frecuencia* parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- *Con frecuencia* juguetea con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento.
- *Con frecuencia* corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- *Con frecuencia* le es difícil esperar su turno.
- *Con frecuencia* interrumpe o molesta a los demás.

Obsérvese que todos van precedidos por «con frecuencia». ¿Qué significa esto? Tomemos el tercero de la lista: «Con frecuencia juguetea con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento». ¿De qué manera se mide que «juguetea» o «se retuerce»? ¿Cuántos movimientos debe hacer y cuánto tiempo deben durar para que se considere que «juguetea» o «se retuerce»? ¿Y con qué frecuencia debe ocurrir esto? ¿Cuántas veces por minuto, hora o día debe hacer estos movimientos para que se considere «con frecuencia»? ¿Hay alguna diferencia en el número de veces en función de la edad?

Como no hay criterios de edad en la descripción de los síntomas, parecería que no.

Esto significa que el problema de determinar qué constituye un caso es imposible de resolver. No existe un punto de referencia externo. La definición de un caso tiene poco que ver con las conductas reales que se manifiestan, porque no tenemos forma de precisarlas y mucho menos de contar con un elemento empírico que pueda localizarse en los cuerpos o cerebros de quienes reciben esta etiqueta. Lo que constituye un caso se basa en la manera en que una persona concreta rellena un cuestionario en un momento determinado (a menudo juzgando a otra persona, si es la madre, el padre o un profesor de un niño) y en cómo la persona que realiza un diagnóstico interpreta estos cuestionarios o en lo que le cuenta la persona que solicita una evaluación. La subjetividad y el sesgo están presentes en todo momento y son ineludibles. Por lo tanto, no tenemos una base factual para definir un «caso». Esto significa que las personas identificadas como casos pueden tener poco en común, aparte de la etiqueta.

Si esto es realmente así, lo esperable son los resultados de las investigaciones que he descrito. Sin una forma válida y fiable de identificar lo que constituye un caso no es posible generar conocimientos técnicos significativos.

A CADA ENFERMO SU PASTILLA

La promesa de un medicamento para tratar un problema químico que se supone provoca el TDAH refuerza en gran medida la idea de

que es una enfermedad médica que reside en el cerebro. También es un poderoso incentivo para obtener un diagnóstico con la esperanza de que exista una solución tan sencilla como tomar una pastilla. Lo que rara vez nos explican es qué son esas pastillas y qué peligros conllevan.

En su libro de 2003 *More, Now, Again: A Memoir of Addiction* [«Más, ahora, otra vez: memorias de una adicción»], Elizabeth Wurtzel, autora de *Nación Prozac*, relata con descarnada honestidad su caída en la adicción después de que su psiquiatra le recetara el estimulante metilfenidato (el medicamento más utilizado para el TDAH, comercializado en Estados Unidos con el nombre de Ritalin). [139] Wurtzel estaba encantada con los efectos. Según su experiencia, el metilfenidato «funcionaba». Lo describió como su azúcar, la dulzura en los días nada dulces. Al cabo de un tiempo, tuvo que aumentar la dosis para seguir sintiéndose bien. Luego empezó a triturar el metilfenidato y a esnifarlo. Finalmente, pasó a consumir cocaína (que tiene unos efectos psicoactivos muy similares a los del metilfenidato), y después dosis mayores de metilfenidato y también de cocaína. Al cabo de muchos años, consiguió escapar de la espiral de la adicción, pero recordaba con estupor lo fácil que era convencer a los médicos de que le siguieran recetando el medicamento.

En un artículo publicado en el *Daily Mail* en abril de 2023, una joven de veintiún años, Sara, describió su experiencia con el metilfenidato que tomaba para su «déficit de atención». «Me costaba concentrarme o prestar atención; fue un alivio cuando me diagnosticaron el trastorno. Por fin dejaron de pensar que me portaba mal o que era una vaga. Todos, incluidos mis padres, se

volvieron más comprensivos». Con el tiempo, los efectos secundarios fueron peores que la mejoría en la concentración. «Tenía una sensibilidad exagerada a los sonidos: era como si pudiera oír todos los sonidos que me rodeaban fusionados en uno solo. No podía dormir y empecé a fumar marihuana para relajarme. Perdí el apetito. Cuando se me pasaba el efecto de una dosis, me sentía como si tuviera un déficit de atención multiplicado por diez: no podía concentrarme, me sentía perezosa y me costaba hilar las palabras. Empecé a fumar más marihuana para soportar el bajón y me volví adicta».[140]

Joseph Pack tenía veintisiete años cuando le diagnosticaron TDAH en 2017. «Al principio pensé: ¡qué guay, esto funciona! Pero, entre una dosis y la siguiente, el síndrome de abstinencia era horrible, como una resaca de ginebra». Joseph fundó una organización en la que ofrece consejos para hacer frente al TDAH sin medicación. Se han puesto en contacto con él personas de todo el mundo que están sufriendo los efectos del uso a largo plazo de la medicación estimulante. Le cuentan que ya no pueden trabajar sin los fármacos y se sienten enganchados al metilfenidato de por vida. En otros muchos casos, los fármacos para el TDAH actuaron como puerta de entrada a drogas más duras. «La semana pasada se puso en contacto conmigo una mujer canadiense que había dado metilfenidato a su hijo de ocho años. A los quince años el hijo ya lo trituraba y lo esnifaba, y a los cuarenta y uno estaba en rehabilitación por adicción a la cocaína».[141]

La verdad sobre el tratamiento del TDAH

En los años setenta, ochenta y noventa, el concepto de TDAH se difundió con rapidez, impulsado en gran parte por el aumento del uso de estimulantes (derivados anfetamínicos) para su tratamiento. Ritalin(17) era la marca más conocida de estos fármacos. Se convirtió en un éxito de ventas, con enormes beneficios para la empresa farmacéutica Novartis. Otras empresas no tardaron en darse cuenta del potencial de medicalizar las conductas de los niños, sobre todo de aquellos que suponían un estrés para los padres y profesores. En la actualidad, existe en el mercado una gran variedad de fármacos estimulantes de liberación inmediata y prolongada. Aunque durante un par de décadas la prescripción de estimulantes a los niños se mantuvo como un fenómeno casi exclusivamente estadounidense, más tarde se extendió a todo el mundo, y el número de niños medicados sigue en aumento.

Por supuesto, esta tendencia no ha estado exenta de polémica. Después de todo, se sabe que las anfetaminas son enormemente adictivas y entrañan muchos riesgos graves para la salud. Como estimulantes del sistema nervioso central, elevan las funciones vitales, como la tensión arterial, la temperatura corporal y la frecuencia cardíaca. Los consumidores de anfetaminas suelen tener menos ganas de dormir, menos apetito y un mayor riesgo de sufrir complicaciones graves para la salud, como infartos de miocardio o derrames cerebrales.[142] ¿Cómo podría justificarse que se administre a los niños una sustancia que advertimos a los adultos para que no la tomen por los terribles efectos a largo plazo que sabemos que puede tener en el cuerpo y el cerebro?

Aquí es donde era necesaria la teoría del desequilibrio químico. Los entusiastas de la farmacoterapia inventaron un mito para

justificar lo que defendían. El argumento era que las personas con TDAH reaccionan a los estimulantes de forma diferente a como lo hacen las personas sin el trastorno, pues en el TDAH hay una deficiencia de dopamina y, por tanto, los estimulantes solo sustituyen lo que no había. Esto significa que los estimulantes solo son peligrosos si no se tiene TDAH. Como ya he dicho, no hay pruebas de que los que reciben el diagnóstico de TDAH tengan una deficiencia de dopamina.

Como ocurre con la mayoría de los medicamentos utilizados en psiquiatría, su uso se basó en casos anecdóticos y se inició antes de que se hubieran realizado estudios que demostraran que eran seguros y eficaces. Se partió de la base de que, dado que los estimulantes parecían calmar a estos niños, debían de estar actuando de forma distinta que en aquellos que los utilizaban con fines recreativos, que parecían más enérgicos. El aparente efecto calmante está relacionado con el efecto genérico de los estimulantes de aumentar la concentración de la persona. Cuando ves a tu hijo sentado, aparentemente concentrado en las tareas escolares y siguiendo las instrucciones de una forma que antes no hacía, puede parecer que se está ante un tratamiento transformador.

Sin embargo, se trata del efecto general a corto plazo de cualquier estimulante. Actuaría de la misma manera en la mayoría de los niños (y adultos) que lo tomasen, con independencia de la etiqueta que tengan. Casi todos los estudios que han respaldado el uso de estimulantes como tratamiento han sido realizados por empresas farmacéuticas, tuvieron una duración de unas pocas semanas o meses y se centraron en evaluar los «síntomas» del TDAH en vez de otras medidas de la calidad de vida.[143] Sin embargo, cuando a los

niños se les receta un estimulante, no suele ser para unas pocas semanas o meses sino para muchos años y quizá para el resto de sus vidas. Por lo tanto, necesitamos comprender cuáles son los posibles resultados a largo plazo.

Dado que las anfetaminas son sumamente adictivas, es probable que se produzca tolerancia física. Como muchos sistemas del cuerpo, las sinapsis nerviosas (las conexiones entre las células nerviosas) tienen propiedades homeostáticas. Esto significa que les gusta mantener las cantidades de sus mensajeros químicos en unos márgenes estrechos para su funcionamiento óptimo. Si se libera una cantidad de dopamina superior a la habitual, por ejemplo, debido al consumo continuado de anfetaminas, las sinapsis empezarán a desactivar los receptores dopaminérgicos para reducir la cantidad total de transmisión de dopamina a su intervalo habitual. Esta es la razón por la que los adictos a la cocaína descubren que, con el tiempo, para obtener el mismo «subidón» deben tomar mayores cantidades de cocaína.

Debido a este mecanismo homeostático, al cabo de un tiempo los comportamientos problemáticos aparecen de nuevo en el niño, a medida que el efecto de aumento de la concentración debido al estimulante empieza a desaparecer. Esto es lo que llamamos volverse «tolerante» a la dosis de anfetamina. Significa que las sinapsis han desactivado algunos de los receptores de la dopamina y, por ello, ya no se obtiene el mismo efecto. Sin embargo, si se deja de tomar la anfetamina en ese momento, se sufrirán los efectos del síndrome de abstinencia, pues las células nerviosas recibirán muy poca dopamina debido a la reducción del número de receptores activos. Si se retira de manera repentina o demasiado rápida el

estimulante, se puede inducir un estado de agitación tal que parecerá que el «TDAH» ha regresado con más fuerza, convenciendo a todos, a menudo incluso a los médicos, de que el niño realmente necesita la anfetamina para funcionar con normalidad.

En consecuencia, se aumentará la dosis y se pondrá en marcha un proceso de dependencia física (en el niño) y psicológica (en los padres, profesores y médicos) que llevará a incrementar la dosis con el tiempo. Los periodos temporales de mejoría pueden acabar desapareciendo, lo que llevará a otro aumento de la dosis y a consolidar la idea de que el niño tiene un trastorno cerebral que requiere el uso de anfetaminas para poder controlarlo.

La alteración del sueño significa a menudo que se añadirá un somnífero (como la melatonina), y las dificultades persistentes de conducta darán lugar a que a algunos niños se les añadan, como solución más extrema, medicamentos «antipsicóticos». Por lo tanto, no es raro que, al cabo de varios años, nos encontremos con jóvenes con la etiqueta de TDAH que toman varios medicamentos, a menudo en dosis elevadas, y que los problemas vuelvan a aparecer o nunca desaparezcan del todo. Esto puede dar lugar a evaluaciones para otros trastornos (por ejemplo, para el autismo), porque entonces se presupondrá que debe haber algo más que necesita ser identificado y tratado, y que esa es la razón por la que no mejoran ni logran mantener la mejoría. Así es como se crean los pacientes crónicos.

¿Qué dicen los estudios sobre la evolución a largo plazo? ¿Hay una diferencia clara entre los que toman estimulantes para el TDAH y los que no?

En el capítulo 1 analicé el estudio sobre el tratamiento del TDAH más citado (el estudio del MTA) y cómo los resultados del seguimiento de tres años contradecían los resultados ampliamente difundidos a los catorce meses. A los catorce meses, según los autores, el metilfenidato mejoraba los resultados en comparación con otros tratamientos; sin embargo, la exposición continua a la medicación durante tres años se asoció con peores resultados y mayores efectos secundarios. También comenté que las primeras guías internacionales importantes sobre el tratamiento del TDAH (las guías del NICE del Reino Unido), publicadas en 2008, ignoraron los datos de los resultados del estudio de tres años y basaron su recomendación de prescribir estimulantes como tratamiento de primera línea a las personas con TDAH «grave» en los datos de los resultados tras catorce meses. El seguimiento de la evolución de los participantes en el estudio del MTA se prolongó hasta ocho años desde su incorporación al estudio. Tras ese tiempo, se confirmaron la mayoría de los resultados a los tres años: ni el tipo ni la intensidad de los tratamientos de los catorce meses permitieron predecir la gravedad de los síntomas ni su funcionalidad ocho años después. [144]

La ciencia no puede imponerse al *marketing* en una economía impulsada por el libre mercado. Las prescripciones de estimulantes apenas se vieron afectadas por la publicación de los estudios de seguimiento a los tres y ocho años. En las guías que aparecieron después, se siguieron citando los resultados del estudio del MTA de catorce meses y se ignoró el seguimiento de tres años. Otros estudios de seguimiento a largo plazo no han demostrado que el tratamiento prolongado con estimulantes se asocie a una mejor

evolución en comparación con las personas diagnosticadas de TDAH que no los han tomado. Al contrario, a menudo los niños tratados con estimulantes evolucionan peor que los no tratados, y los problemas físicos (como la tensión arterial), psiquiátricos (como los trastornos del estado de ánimo) y académicos son más frecuentes en los que toman la medicación durante un tiempo prolongado.[145]

Una búsqueda en las revisiones Cochrane(18) sobre el TDAH revela que la única constante en sus conclusiones es que los estudios presentan un alto riesgo de sesgo (en especial debido a los resultados obtenidos por la industria farmacéutica). A pesar de que el tratamiento con estimulantes para el TDAH es uno de los más estudiados en psiquiatría, no existen pruebas concluyentes de que conduzca a una mejora significativa, ni siquiera a corto plazo.

Veamos dos ejemplos. Una revisión de 2022 sobre el «Metilfenidato de liberación prolongada para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos» llegó a la siguiente conclusión: «Se consideró que la certeza de los datos probatorios era "muy baja" para todos los resultados debido al alto riesgo de sesgo, a la corta duración de los estudios y a las limitaciones en cuanto a generalizar los resultados. Por lo tanto, los beneficios y daños del metilfenidato de liberación prolongada siguen siendo inciertos».[146]

En una actualización de 2023 de una revisión Cochrane de 2015, con el título «Metilfenidato para niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)», se constató que «la mayoría de las conclusiones de la versión de 2015 de esta revisión siguen siendo válidas. […] el grado de certeza para todos los resultados es muy bajo y, por lo tanto, la verdadera magnitud de

los efectos sigue siendo incierta».[147] En la revisión de 2015, los autores habían determinado que no podían afirmar que el tratamiento con metilfenidato mejoraría la vida de los niños y adolescentes con TDAH.

Otros datos sobre la evolución relacionada con el diagnóstico de TDAH y su tratamiento proceden de dos estudios de otro tipo. En una publicación de 2020, derivada del estudio longitudinal nacional de niños irlandeses, se analizaron las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas que caracterizan a los niños con síntomas elevados de hiperactividad/desatención, con o sin diagnóstico de TDAH. A la edad de trece años, los que habían recibido un diagnóstico de TDAH con nueve años presentaban más problemas emocionales y de relación con los compañeros, peor comportamiento prosocial y peor concepto de sí mismos que los que no habían recibido ningún diagnóstico, a pesar de que en ambos grupos la intensidad de los síntomas a los nueve años era similar.[148]

En un estudio parecido, esta vez como parte del estudio longitudinal de niños australianos, se compararon casi cuatrocientos niños diagnosticados de TDAH con un grupo de niños que presentaban grados similares de hiperactividad/desatención pero que no estaban diagnosticados con TDAH. A la edad de quince años (tras un periodo de seguimiento medio de siete años), los niños diagnosticados presentaban peores resultados en una serie de variables, como autolesiones, confianza en sus posibilidades de éxito en los estudios, sensación de autoeficacia y conductas sociales negativas.[149] Los dos estudios anteriores parecen indicar que, a largo plazo, puede ser mejor no recibir un diagnóstico de TDAH,

aunque el niño muestre todas las conductas que podrían conducir al diagnóstico.

Los peligros de los fármacos estimulantes van más allá de los descritos anteriormente, pues los pacientes pueden seguir tomándolos durante décadas, con todas las consecuencias que ello puede implicar. Un estudio poblacional sueco que analizó las historias clínicas de casi 280.000 personas diagnosticadas con TDAH descubrió que la exposición a largo plazo a los medicamentos para el TDAH se asociaba a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, especialmente de hipertensión y enfermedades arteriales. Tras un seguimiento medio de catorce años, se vio que cada año de uso de medicación para el TDAH se asociaba a un aumento del 4 por ciento del riesgo de padecer dichas enfermedades.[150]

En otro estudio que realizó una evaluación continuada durante varias décadas de pacientes que tomaban estimulantes se encontró que la probabilidad de que desarrollaran afecciones neurológicas como la enfermedad de Parkinson se multiplicaba por ocho.[151] La enfermedad de Parkinson se produce cuando los pacientes presentan una cantidad insuficiente del neurotransmisor dopamina en el sistema nervioso. Es muy probable que el descubrimiento del estudio esté relacionado con el uso a largo plazo de estimulantes debido a que su efecto principal es precisamente estimular a las células para que liberen una cantidad de dopamina superior a la habitual.

Esperemos que este capítulo y el anterior hayan permitido entender la realidad de la ideología del TDAH, que tiene poco que

ver con la verdadera ciencia. Lo mismo puede decirse de la mayoría de lo que se entiende por salud mental.

¿Qué le ocurrió a Yasmine?

Al principio de este capítulo presenté a Yasmine, una adolescente de quince años derivada a nuestro servicio para una evaluación urgente de salud mental y para determinar si presentaba un TDAH. Desde los dos años, había estado en el sistema de protección infantil y había pasado por múltiples cambios de tutores durante su corta vida. Recientemente se había escapado de un centro de acogida de menores tras lo que parecía un periodo positivo.

Resulta comprensible el deseo de enmarcar las situaciones emocionalmente complicadas como resultado de alguna perturbación en el niño a la que se puede dar un nombre para luego tratarla. Tanto la idea de que existe un trauma que puede mejorarse mediante algún tipo de terapia específica como la idea de que la persona presenta un TDAH que puede tratarse con un fármaco cumplen la misma función. En la difícil situación de Yasmine, esto apoya la fantasía de que el papel del personal del hogar de acogida consiste en seguir con su función asistencial genérica y asegurarse de que la joven reciba el tratamiento prescrito que arreglará su mente perturbada.

Desde una perspectiva más sistémica, debemos considerar no solo la difícil historia por la que ha pasado Yasmine, sino también sus dinámicas actuales y lo que estas podrían revelar. Por tanto, nuestro

punto de partida fue ofrecer una consulta a los profesionales a cargo de su cuidado en vez de una evaluación a Yasmine.

Un colega y yo nos reunimos con su trabajadora social y algunos miembros del personal con mayor responsabilidad del hogar. Comentamos que las expectativas de Yasmine ante cualquier situación de acogida debían ser que esta fracasaría tarde o temprano. Esto significa que para ella es psicológicamente peligroso sentir apego por las personas con quienes vive y, sobre todo, empezar a sentirse feliz o segura en cualquier lugar de acogida. Aunque, en el fondo, lo que más ansía es sentirse querida, desarrollar un sentimiento de pertenencia y que las personas que la cuidan puedan ver en ella algo agradable y valioso, el hecho de admitir esos sentimientos la expone a un dolor insoportable cuando se produce la inevitable ruptura de la acogida.

Por ello, cada vez que se siente querida o feliz se asusta. El proceso de distanciarse de nuevo de cualquier sensación de seguridad funciona como un mecanismo de protección. Siempre es más fácil marcharse cuando te has convencido de que un lugar no te gusta, que la gente de allí es horrible y que es hora de probar una nueva acogida. Sentirse valorada y querida es mucho más peligroso para ella que el odio de los cuidadores.

El problema de intentar abordar esta dinámica asignando a Yasmine una etiqueta y una terapia o medicación concretas es que se sigue reforzando la idea de que hay algo profundamente defectuoso en ella, ya sea el resultado de las experiencias difíciles de su vida o de su enfermedad. Esto actuaría consolidando aún más la narrativa de una deficiencia y una disfunción. Además, en la historia de Yasmine, las «evaluaciones urgentes» a menudo han sido

precursoras del fracaso de la acogida. Acudir a una terapia en la que ella fuese la única involucrada también le daría a entender que el personal de la residencia no es capaz de lidiar con ella. El simple hecho de pasar por el procedimiento de una evaluación urgente podría reforzarle aún más la creencia de que, como todas las demás acogidas, esta pronto se malogrará.

La entrevista con la trabajadora social y el personal de la residencia nos permitió analizar que su comportamiento era comprensible en el contexto de su historia. También les permitió a ellos entender que la razón de la crisis de Yasmine, lejos de significar que tuviera una visión negativa del hogar, podía deberse a lo contrario, a que estuviera desarrollando una visión positiva del hogar y del personal. De hecho, un par de miembros del personal solían hablar con cariño de Yasmine y les gustaba conversar con ella por su agudo ingenio y su personalidad comunicativa.

Seguimos colaborando con la trabajadora social y el hogar de acogida en una serie de encuentros posteriores, y la conducta de Yasmine acabó estabilizándose. Cuando tenía días buenos, los cuidadores sabían que a continuación probablemente vendría un periodo de conducta negativa y que, en esos momentos, su tarea no era dejarse llevar por el pánico, sino aguantar el temporal. Nada de entrar en cuestionamientos ni en conversaciones profundas con ella cuando esto sucedía, sino simplemente manejar la situación, aceptarla y permitir a todos seguir avanzando. Yasmine fue dada de alta de nuestro servicio muchos meses después sin que nunca llegáramos a conocerla.

7

La creación del autismo

> El momento de preocuparse es cuando la idea llega a aceptarse de un modo tan general que ni siquiera la vemos, cuando ya está tan arraigada que nos parece de puro sentido común. En el momento en que ya no se responde a las objeciones porque ni siquiera se plantean, hemos perdido el control: ya no somos dueños de la idea; ella es dueña de nosotros.
>
> ALFIE KOHN

En mi segunda sesión con Óscar, un joven de dieciséis años, este me pregunta si podría verme a solas, en lugar de con su madre y su hermana pequeña, como había sucedido en el primer encuentro. Es un chico alto, con algunos parches de vello facial en un rostro anguloso, coronado por una espesa mata de pelo negro despeinado. A los seis años le diagnosticaron autismo. La mayor parte del tiempo se la pasa jugando a videojuegos en internet, donde parece haber encontrado un grupo de personas con ideas afines y con las que juega durante horas. Ha sido derivado por presentar impulsos suicidas y ansiedad.

Óscar quiere hablar conmigo sobre su futuro. Me explica que sabe que tiene autismo y que no hay nada que pueda hacer al respecto,

ya que es una enfermedad de por vida. Se siente prisionero de esto. Su intento de suicidio hace unos meses se debió a que había perdido toda esperanza de que existiera un futuro para él. Estaba enfadado y resentido por tener autismo y sentía que este trastorno limitaba todas sus ambiciones. No era precisamente un estudiante aventajado, pero le gustaba mucho trabajar con ordenadores y, en este sentido, estaba muy capacitado. Había estudiado programación en su tiempo libre y creado algunos programas sencillos. Se suponía que iba a ir a la universidad después de las vacaciones de verano para estudiar informática, pero no le veía el sentido.

Óscar estaba muy unido a su madre, quien lo había criado junto a su hermana en circunstancias difíciles y con escasos recursos económicos. Para ella, sus hijos habían sido siempre su prioridad. Él no quería agobiarla con sus sentimientos de desesperanza.

En nuestra primera sesión, Sue, la madre, había descrito a Óscar como su soporte, la persona con quien le parecía que tenía mayor sintonía. Él siempre parecía darse cuenta cuando ella se sentía mal, y solía preguntarle cómo estaba y si se encontraba bien. Óscar se había distanciado de su padre y hacía muchos años que no lo veía. El padre se había ido y ahora tenía una nueva familia. Últimamente, Óscar se hacía más preguntas sobre su padre. Pensaba que había tratado mal a su madre, y también admitió tener miedo de volverse como él. Sentía que ahora él le estaba complicando la vida a su madre, y eso lo angustiaba mucho.

He observado que los niños a quienes se les diagnostica autismo en la primera infancia, como es el caso de Óscar, experimentan diversas reacciones y empiezan a preguntarse por el significado y la importancia de la etiqueta al entrar en la adolescencia. Muchos se

hacen preguntas existenciales sobre quiénes son, dónde pueden encajar y qué significa para su futuro tener «autismo». Algunos prefieren no plantearse estas preguntas; otros siguen aceptando el diagnóstico y se identifican como «autistas». Viendo que el autismo se está convirtiendo en algo cada vez más común, pienso que hace tiempo que debería haberse profundizado en los fundamentos e implicaciones de esta etiqueta. Volveré a la historia de Óscar al final del capítulo.

El autismo y los nazis

La palabra «autismo» fue utilizada por primera vez en psiquiatría en 1911, por el psiquiatra Eugen Bleuler, quien empleó el término «autista» para referirse al estado mental de las personas psicóticas que mostraban un aislamiento extremo del tejido de la vida social. Probablemente sea la aplicación más precisa del término, ya que Bleuler lo utilizó para describir un estado mental, no como un diagnóstico.

En 1943 el psiquiatra infantil Leo Kanner propuso por primera vez el «autismo» como diagnóstico para etiquetar a un grupo de once niños con discapacidades emocionales e intelectuales y que mostraban una «soledad extrema».[152] Es posible que Kanner acuñara este nuevo diagnóstico para crear una etiqueta menos estigmatizante que otras que solían utilizarse en la época (cuando las teorías eugenésicas sobre la mejora del acervo genético eran comunes, tanto en Estados Unidos como en la Alemania nazi), como «retrasado mental», «idiota», «débil mental» o «subnormal».

Durante décadas, el autismo siguió siendo un diagnóstico poco frecuente que se daba a los niños que presentaban deficiencias considerables en el funcionamiento cotidiano y dificultades de aprendizaje de moderadas a graves. Según un estudio de 1966, la tasa de prevalencia del autismo era de 4 de cada 10.000 (0,04 por ciento).[153] La definición de Kanner siguió siendo la dominante hasta la década de 1990.

En 1944, un año después de que Kanner propusiera por primera vez el diagnóstico de «autismo», el pediatra vienés Hans Asperger publicó un artículo que en su momento pasó bastante desapercibido, en el que describía a cuatro niños sin ninguna deficiencia intelectual fácilmente identificable, pero con problemas de comunicación social.[154] En el momento en que escribió este artículo clave, la sociedad austríaca estaba dominada por la ideología nazi.

Asperger había conseguido avanzar en su carrera bajo el régimen nazi, aprovechando las oportunidades derivadas de las convulsiones políticas. En 1931 empezó a trabajar en el Hospital Pediátrico Universitario de Viena, dirigido entonces por Franz Hamburger, un ferviente nazi. En el año 1935 pasó a dirigir el Servicio de Pedagogía Curativa (*Heilpädagogik*) del hospital, aunque todavía no había obtenido su título de especialista en pediatría y solo había publicado un trabajo. Consiguió el puesto pasando por encima de George Frankl, un médico judío más experimentado. Volveremos al doctor Frankl más adelante en esta historia.

Las universidades austríacas de la época eran focos de una virulenta agitación antisemita. A los médicos judíos les costaba cada vez más ocupar puestos universitarios. Con el nombramiento en 1930 de Hamburger como catedrático, el Hospital Pediátrico de

Viena se convirtió en un buque insignia de las políticas antisemitas mucho antes de que los nazis se hicieran con el poder tras la anexión de Austria a Alemania en 1938. Aunque Asperger no se afilió al Partido Nazi, compartía con Hamburger y su círculo la misma ideología, lo que le permitió integrarse sin fricciones aparentes.

La historiadora Edith Sheffer, basándose en registros encontrados por el investigador austríaco Herwig Czech, descubrió que Asperger redactó informes totalmente condenatorios de al menos cuarenta y dos de sus pacientes, que fueron enviados al famoso hospital Am Spiegelgrund, donde se llegó a practicar la eutanasia deliberada a casi ochocientos niños. Asperger también apoyó las leyes de esterilización forzosa, pues creía que algunas personas suponían una carga para la sociedad y consideraba que tenían una «vida que no merecía la pena ser vivida».[155]

Una de las tareas de Asperger como pediatra del hospital fue llevar a cabo una criba de los niños potencialmente educables para evitar que se convirtieran en víctimas del programa de eutanasia del hospital Am Spiegelgrund. Los cuatro jóvenes con «psicopatología autista» descritos en su artículo de 1944 eran potencialmente educables (creía él) y, por lo tanto, podían librarse de ser enviados al hospital de la muerte. El documento de Asperger constituiría posteriormente la base para ampliar el autismo más allá de la estrecha definición de Kanner y transformarlo en el trastorno del espectro autista (TEA). Así pues, la creación de un espectro autista tiene su origen en un truculento periodo de la historia en el que la preocupación dominante era si se podía aplicar la eutanasia a los niños con problemas por tener «una vida que no merece la pena ser vivida».

En 1937, dos años después del ascenso de Asperger, George Frankl emigró a Estados Unidos. Una vez allí, le presentaron a Leo Kanner, quien, por ser judío, también había escapado de Europa varios años antes. En 1938 Frankl empezó a trabajar con Kanner en el hospital Johns Hopkins. Los méritos de Frankl fueron reconocidos de inmediato por Kanner, quien escribió: «Me ha interesado mucho lo que el doctor Frankl llama el contacto afectivo de los niños [...], pues abre un nuevo enfoque a la observación y comprensión de la vida mental del niño».[156] Esto sentó las bases del clásico artículo de Kanner de 1943, con el título «Trastornos autistas del contacto afectivo».

Parece probable que Frankl trajera consigo las ideas que circulaban en la sociedad austríaca y en los círculos médicos de la época, y quizá su papel en el desarrollo de las definiciones de autismo de Kanner y Asperger sea más importante de lo que se ha reconocido.[157] Esto también indica que el autismo, como concepto, emergió en una sociedad cada vez más preocupada por las tipologías humanas y la clasificación jerárquica de las personas.

Kanner mantuvo una mentalidad abierta en cuanto a la causalidad. En 1956, él y Leon Eisenberg llegaron a la conclusión de que no era útil intentar asociar el autismo únicamente a causas biológicas o ambientales. Afirmaron que no eran de ayuda los argumentos que contraponían la causalidad «hereditaria» a la «ambiental».[158] En la década de 1960, el diagnóstico de Kanner de «autismo infantil» se había convertido en un diagnóstico reconocido para lo que se consideraba un trastorno poco frecuente que afectaba principalmente a niños con deficiencias intelectuales de moderadas a graves.

El autismo infantil se convierte en el trastorno del espectro autista

El trabajo de Asperger se dio a conocer en el mundo anglosajón a principios de la década de los ochenta gracias a Lorna Wing, una investigadora y psiquiatra británica especializada en autismo. Wing vio similitudes entre algunas de las personas que atendía y las descritas por Asperger. En su influyente artículo de 1981, en el que propone el diagnóstico del «síndrome de Asperger», describe seis historias clínicas que parecen tener poco en común con los cuatro casos descritos por Asperger en su artículo de 1944, salvo la falta de reciprocidad social.[159] Cuatro de los casos de Wing eran adultos, mientras que todos los de Asperger eran niños; dos tenían algún grado de discapacidad en el aprendizaje, pero ninguno de los de Asperger lo tenía; la mayoría de los casos de Wing aprendieron a hablar tarde y la mayoría de los de Asperger hablaron pronto; la mayoría de los pacientes de Wing se describían como personas con poca capacidad de pensamiento analítico, mientras que los de Asperger se describían como muy analíticos; y ninguno de los pacientes de Wing se describía como manipulador, malicioso, desagradable, agresivo, descarado, conflictivo, mentiroso o vengativo (términos que Asperger utilizaba para referirse a sus casos).

El eminente psiquiatra infantil británico Michael Rutter, en su muy citado artículo de 1978, ya había llegado a la conclusión de que el autismo probablemente existía en un espectro de formas y que la genética desempeñaba un papel importante en su manifestación.[160] Propuso caracterizar el autismo según la siguiente tríada de síntomas: alteraciones de la comunicación, alteraciones de las

habilidades sociales y una imaginación restringida que conlleva unos intereses limitados.

Los artículos de Wing y Rutter iniciaron el proceso de expansión del autismo, que pasó de ser un diagnóstico poco frecuente a convertirse en el espectro que predomina actualmente en la práctica. No hubo nuevos descubrimientos científicos sobre el organismo o el cerebro de aquellos presuntos autistas que pudieran ampliar lo ya conocido, sino solo un nuevo conjunto de definiciones.

Como el autismo empezó siendo un diagnóstico poco frecuente referido a niños que solían presentar problemas neurológicos (por ejemplo, había un elevado porcentaje con dificultades para el aprendizaje, con epilepsia y síndromes genéticos), se afianzó la conexión entre el autismo y las anomalías cerebrales.

El terreno para que prosperara esta forma de pensar se fue volviendo cada vez más fértil gracias a fenómenos culturales como la película *Rain Man*(19) y la difusión de noticias controvertidas en todo el mundo que relacionaban el autismo con la vacuna triple vírica, debido a lo que ahora se sabe que fue un estudio fraudulento. Cada vez se hablaba más de esa «cosa» llamada autismo. Pronto aparecieron cursos, instrumentos de evaluación, estudios, recursos, documentales, expertos y centros para ayudarnos a mejorar nuestro conocimiento y comprensión del autismo, sus causas y la manera de identificarlo, tratarlo o prevenirlo. El autismo se convirtió en un hecho cultural. A medida que el autismo infantil (con una prevalencia del 0,04 por ciento de la población) se transformaba en el TEA (con una prevalencia cercana al 3 por ciento, y que sigue en aumento), se fue consolidando la idea de que el autismo es un trastorno del neurodesarrollo, genéticamente predeterminado y para toda la vida.

Pronto se convirtió en un producto de consumo popular que competiría con el TDAH.

A finales de la década de 1990, Judy Singer, una activista australiana por los derechos de las personas con discapacidad, acuñó el término «neurodiversidad». En su opinión, las diferencias neurológicas debían considerarse variantes naturales de la experiencia humana más que problemas médicos. Defendía la necesidad de aceptar y apoyar a las personas con diferencias neurológicas en lugar de patologizarlas y estigmatizarlas.[161]

He conocido a algunos activistas de la neurodiversidad, con los que he mantenido conversaciones y debates por correo electrónico, en encuentros, congresos y en persona. Admiro lo que han hecho y se han propuesto lograr, que es trasladar el autismo de la esfera del trastorno a la de una diferencia humana. Creo que esto ha ayudado a muchas personas, sobre todo a las que se veían a sí mismas bajo una luz negativa y estaban abrumadas por la crítica hacia sí mismas. Sin embargo, resulta peligroso tomar algo que se define como una enfermedad, a menudo caracterizada por la falta de empatía en quienes la sufren, y divulgarlo en vez de cuestionarlo como concepto. La sensación de no ser lo bastante bueno es tan omnipresente en esta cultura superindividualista que una explicación individualizada (tener una neurodiversidad que hace que no seas «lo bastante bueno») puede reforzar los sistemas culturales y económicos que la fomentan, en vez de cuestionarlos o transformarlos.

Los activistas de la neurodiversidad empezaron a escribir libros y artículos proponiendo que el autismo se considerara como una forma distinta, aunque igualmente válida, de ver el mundo e interactuar

con él debido a unas conexiones neuronales diferentes. En ocasiones surgieron tensiones entre estos activistas de la neurodiversidad y las personas (a menudo padres) que debían lidiar con las conductas de los niños diagnosticados, que veían el asunto desde la perspectiva del trastorno. El autismo se convirtió en un tema visible y candente que dio lugar a conversaciones, debates y discusiones, a menudo acaloradas, entre los partidarios del trastorno y los de la diferencia. Los activistas de la diferencia afirmaban que ellos eran autistas, no personas con autismo, y criticaban a la profesión médica por considerar el autismo como una enfermedad. Los que veían el autismo como una enfermedad (entre ellos, los padres) abogaban por un mejor reconocimiento, prevención, tratamiento y apoyo.[162]

Lo que comparten ambos bandos de este enconado desacuerdo es que todos creen que existe algo real, tangible e identificable con una base neurológica que se llama autismo (o TEA). Nadie se plantea la pregunta obvia y fundamental: ¿cuál es la base científica que permite afirmar que el autismo representa una categoría natural que puede distinguirse de otras categorías naturales, tanto si se trata de un trastorno como si es una diferencia? Además, ¿qué pruebas existen de que esta categoría natural tenga una base «neuro»lógica? Examinaré esta cuestión clave en el próximo capítulo.

El autismo en la actualidad

Según la Red de Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo de Estados Unidos (ADDM, por sus siglas en inglés), durante las dos últimas décadas la prevalencia del TEA en niños de

ocho años ha aumentado de forma considerable, desde un 0,7 por ciento en 2000 a un 2,3 por ciento en 2018 y a un 2,8 por ciento (alrededor de un 4 por ciento de los niños y un 1 por ciento de las niñas) en 2020. En 2020, por primera vez, la prevalencia del TEA fue menor en los niños blancos respecto a los de otras razas y etnias.[163] Estas cifras corresponden a niños de ocho años. Considerando el rápido crecimiento del número de personas que reciben el diagnóstico por primera vez en la edad adulta, el autismo sigue una marcada trayectoria ascendente.

En el Reino Unido, entre 1998 y 2018, se produjo un aumento exponencial del 787 por ciento en la incidencia registrada de diagnósticos de autismo, que fue más marcado en las mujeres que en los hombres. Los mayores incrementos en la incidencia de diagnósticos se registraron en adultos.[164] Como en el TDAH, cada vez son más las mujeres que solicitan y obtienen un diagnóstico de autismo. Entre ellas hay muchas celebridades que lo han anunciado públicamente.[165]

Un artículo del *Mirror* de noviembre de 2021, con el título «Famosos que han confesado haber sido diagnosticados de autismo en la edad adulta», hablaba de varias personas, como Christine McGuinness, que reveló: «Me han confirmado que soy autista. Es extraño, pero reconozco que ha habido pequeñas pistas lo largo de toda mi vida». Explicaba cómo descubrió que era autista: «A Patrick [su marido Paddy McGuinness] y a mí nos invitaron a una entrevista con el experto sir Simon Baron-Cohen en la Universidad de Cambridge. Rellenamos un cuestionario del Cociente del Espectro Autista, para evaluar los síntomas. […] La puntuación de mi marido estaba en la media, pero la mía fue de 36, que se considera alta.

[…] Sir Simon enseguida me sacó de dudas y me confirmó que soy autista».[166]

La presentadora de televisión Melanie Sykes anunció que había sido diagnosticada a los cincuenta y un años. En las redes sociales explicó que el diagnóstico le había «cambiado la vida»: «Por fin, tantas cosas tienen sentido. Ahora tengo una comprensión más profunda de mí misma, de mi vida y de las situaciones por las que he pasado». Siguió hablando de las dificultades que tuvo que enfrentar cuando trabajaba en televisión debido a su hipersensibilidad y a sus problemas de memoria. Como ocurre con el TDAH, dada la gran publicidad que se hace del trastorno hoy en día, puedo empatizar con cualquier persona que sienta que tiene dificultades y busque un diagnóstico de este tipo.

El resultado, como con el TDAH, es que tenemos una buena lista de personas de éxito que explican lo liberadas que se sienten tras haberse confirmado que tienen algún tipo de problema neuronal que les dificultaba integrarse en los ambientes en los que vivían. Lo que más me chirría es ese intento por reconciliarse con el dolor de haber sido acosado a través de la idea de que hay algo problemático o diferente *en uno mismo*.

¿Qué son esos test (procedimientos médicos que conducen a un diagnóstico) para identificar el autismo en un adulto? Busqué en Google «test de autismo en adultos» y realicé el del primer sitio web que apareció en la lista de resultados.[167] Me salió una puntuación de 19 sobre 30 y el siguiente comentario: «Usted presenta muchos signos típicos del autismo».

Después pedí a mi mujer que me ayudara a evaluarme mediante el cuestionario de diez ítems del Cociente del Espectro Autista (AQ_{10},

por sus siglas en inglés).[168] Este es el test de cribado que recomienda el NICE, en el Reino Unido, en su guía clínica *Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum* [«Autismo: reconocimiento, derivación, diagnóstico y tratamiento de adultos con espectro autista»].[169] Las preguntas del test son las siguientes (para cada una, debe elegirse una de estas cuatro opciones: «totalmente de acuerdo», «ligeramente de acuerdo», «ligeramente en desacuerdo» o «totalmente en desacuerdo»):

1. A menudo percibo pequeños ruidos que los demás no advierten.
2. Suelo concentrarme más en la imagen completa que en los pequeños detalles.
3. Me resulta fácil hacer más de una cosa a la vez.
4. Si se produce alguna interrupción, puedo volver inmediatamente a lo que estaba haciendo.
5. Me resulta fácil «leer entre líneas» cuando alguien habla conmigo.
6. Puedo notar si alguien que me está escuchando se está aburriendo.
7. Cuando leo una narración, me resulta difícil descifrar las intenciones de los personajes.
8. Me gusta recopilar información sobre categorías de cosas (por ejemplo, tipos de coches, de aves, de trenes, de plantas, etc.).
9. Me resulta fácil saber lo que alguien piensa o siente con solo mirarle a la cara.
10. Me resulta difícil deducir las intenciones de las personas.

Se debe asignar 1 punto a los ítems 1, 7, 8 y 10 si la respuesta es «totalmente de acuerdo» o «ligeramente de acuerdo», y a los ítems 2, 3, 4, 5, 6 y 9 si la respuesta es «totalmente en desacuerdo» o «ligeramente en desacuerdo». Si se obtienen más de 6 de los 10 puntos posibles, se recomienda considerar la posibilidad de solicitar un diagnóstico a un especialista. Obtuve una puntuación de 6, pero la mitad de las veces no entendí bien las preguntas —quizá porque soy autista—, aunque mi mujer tampoco lo logró.

Es imposible escapar a este problema interpretativo. Obsérvese lo descontextualizadas que están las preguntas, pues se supone que todas están relacionadas con el funcionamiento interno. Por ejemplo: «Me resulta difícil deducir las intenciones de las personas». ¿Me resulta difícil? Si respondo que no, ¿cómo lo sé? ¿No depende de la persona cuyas intenciones intento deducir? ¿No sería más problemático pensar que conocemos las intenciones de alguien que ser honestos en cuanto a que ninguno de nosotros puede saber realmente cuáles son los pensamientos, sentimientos o intenciones de otro ser humano? ¿Y qué hay de «A menudo percibo pequeños ruidos que los demás no advierten»? ¿Qué es *a menudo*? ¿Qué es *un pequeño ruido*? ¿Cómo sé si los demás lo advierten o no?

De acuerdo, puede argumentarse que se trata solo de cuestionarios de cribado, no de un verdadero test de evaluación. En el siguiente capítulo analizaré el verdadero test utilizado para diagnosticar a los niños y adolescentes. Veremos que los problemas mencionados se complican aún más en vez de resolverse. Cuando lo único que tenemos es una serie de preguntas subjetivas que no pueden medir nada objetivo y acudimos a una entrevista de

evaluación ya influenciados por el resultado de la prueba de cribado, ¿qué puede suceder?

¿Qué se esconde detrás del hecho de que antes este diagnóstico se diera principalmente en chicos jóvenes, pero ahora haya un nuevo grupo de mujeres adultas que también lo están recibiendo?

La revista estadounidense *ADDitude* se pregunta: ¿por qué a las mujeres les cuesta recibir un diagnóstico de TDAH o de autismo? «Las razones son parecidas: a las mujeres se las condiciona socialmente para que disimulen sus rasgos autistas».[170] Según la Asociación Nacional de Autismo del Reino Unido:

> «Enmascarar» o «disimular» significa ocultar o disfrazar partes de uno mismo para encajar mejor con las personas de nuestro entorno. […] Enmascarar puede suponer suprimir ciertos comportamientos que para nosotros son tranquilizadores, pero que los demás consideran «raros». También puede significar imitar la conducta de los que nos rodean, como las conductas no verbales, y elaborar complejos guiones sociales para desenvolvernos en ciertas situaciones. […] A los veintitrés años me diagnosticaron autismo, y hasta que no entendí mejor el enmascaramiento, no fui consciente de que mi diagnóstico estuvo oculto durante mucho tiempo. No es que mis rasgos autistas no existieran, pero estuvieron camuflados todo este tiempo.[171]

De este modo, el «enmascaramiento» ofreció la conexión necesaria para extender el autismo a la principal base de clientes adultos de la salud mental: las mujeres. Esto significa que el elemento observacional utilizado para diagnosticar a los niños ha desparecido ahora en gran medida y solo nos quedan las rumiaciones sobre un estado interno derivado de la introspección sobre «quién soy yo». Esto va en contra del propósito principal de la

introspección en las culturas colectivistas, en las que el elemento espiritual anima a la persona a alejarse del enfoque centrado en sí misma y a desarrollar un sentimiento de conexión con el universo más amplio a fin de disminuir (en lugar de fortalecer) el conocimiento del ego. También crea un extraño escenario en el que los síntomas ya no son importantes. De este modo, ya no presentamos síntomas porque los enmascaramos, es decir, los tenemos aunque nadie los vea. Aunque no tengamos síntomas, los tenemos. Ni siquiera los síntomas son relevantes, solo importa cómo nos sentimos.

¿Cómo ha llegado el TEA a ganar tanta popularidad?

En diversos artículos y en libros anteriores he especulado, junto con otros colegas, sobre los posibles factores culturales que nos han llevado a problematizar y patologizar la socialización humana como algo que tiene que ver con los cerebros individuales.[172] Siguiendo el tema principal de este libro, el autismo funciona como una marca de consumo y, por tanto, es un producto de la comercialización capitalista que crea el individualismo consumista como modelo principal de la conciencia y la actividad humanas. Pero ¿cómo ha llegado a convertirse en una marca con tanto éxito y en constante expansión? ¿Qué es lo que está contribuyendo a su mercantilización?

A continuación, expongo algunas hipótesis.

En el siglo pasado, a medida que se fueron estableciendo los referentes en los campos de la educación y la psicología ante las cambiantes demandas sociales, se crearon los límites entre lo que se

consideraba normal y «patológico», y estos límites, poco a poco, se fueron ampliando. Los psicólogos, psiquiatras y pediatras se ocuparon cada vez más de «descubrir» los indicadores aparentes dentro de una gama creciente de trastornos en los niños que examinaban, creando ciertas expectativas de desarrollo basadas en la edad. Se crearon y se ampliaron sistemas de supervisión del desarrollo e intervenciones.

Con el declive del asistencialismo derivado de las políticas de Thatcher y Reagan en la década de 1980 y el auge de una ideología de libre mercado orientada a una competencia feroz, los gobiernos occidentales modernos favorecieron la idea del individuo «libre» capaz de competir en el mercado por los mejores puestos de trabajo. Se erosionaron los sistemas de protección para toda la sociedad, la solidaridad social pasó a considerarse sospechosa y se impuso la idea de que nuestras comunidades estaban constituidas por dos clases de personas: los luchadores y los holgazanes. Esto reflejaba la creencia en una jerarquía basada en el mérito, en la que los acomodados han trabajado duro para alcanzar su posición y el resto son personas reacias al trabajo cuya pobreza se debe a su falta de disciplina, ambición o talento.

El foco sobre el individuo a través de historias orientadas a avergonzarlo o a ensalzarlo ha provocado que la labor policial ya no se limite al ejército, la ley y las prisiones. En los sistemas que se basan en el consentimiento, se pone un mayor énfasis en lograr que las personas se vigilen a sí mismas.[173]

En la actualidad, gran parte del trabajo de definir quién encaja y quién no en nuestras normas sociales lo realizan los propios individuos. La práctica del autoanálisis provoca un culto a la

autoconciencia. Con ello, se crean cualidades internas, incluido todo eso que se conoce como crecimiento personal, y cada cual intenta superarse cada vez más para convertirse en un producto renovado, optimizado, el mejor, el más brillante. Esta vigilancia interna puede llegar a ser tan draconiana como la policía secreta. La persona se vigila, se encuentra desajustada en algún aspecto y sigue consumiendo para llenar cualquier vacío que crea haber encontrado.

Debido a la dificultad de mantener el objetivo de la autorrealización y la gratificación, y a la desconfianza competitiva en nuestras relaciones personales fomentada por la cultura del consumo, no es difícil entender por qué hay cada vez más personas preocupadas por su estado psicológico o el de sus hijos.

El filósofo francés Jean Baudrillard, a principios de los ochenta, muchos años antes de la omnipresencia de internet, las redes sociales y los teléfonos inteligentes, afirmó que estábamos entrando en una época en la que resultaría difícil para la conciencia distinguir entre la realidad y la simulación de la realidad, entre la imagen y el objeto.[174] La invasión de las imágenes procedentes de los medios de comunicación y la publicidad, en especial con el auge de las redes sociales, crea un mundo de ilusiones, una realidad virtual con la que fantasear, ya que los anuncios nos venden imágenes de estilos de vida ideales que se asocian a sus productos. Nuestra cultura está tan absorbida por estas imágenes incesantes que ahora podemos deshacernos de una identidad y ponernos otra del mismo modo que nos cambiamos de ropa, de maquillaje y de zapatos. Estamos tan seducidos por nuestras identidades superficiales que nos sometemos a largas intervenciones quirúrgicas para cambiar la forma y el aspecto de nuestros cuerpos.

Dentro de la ideología que crea estas identidades fracturadas y superficiales, descubrimos que la propia etiqueta superficial actúa como una vía de escape de este tormento y volvemos a imaginarnos completos gracias al último producto de consumo con el que se nos anima a identificarnos. Sin embargo, esto crea comunidades unidas por algo que creen sobre sí mismas y que excluyen a quienes no son como ellas. Se crean dicotomías según las cuales uno es «neurodiverso» o «neurotípico», pero que también se subdividen para crear subproductos como los que encontramos en el vertiginoso número de identidades de género que se ofrecen. Esto se aleja del tipo de compañerismo que se da en los movimientos sociales o en las comunidades religiosas, vinculadas por creencias que les permiten tener fe en algo más grande que el individuo.[175]

El declive de los sectores manufactureros y el crecimiento de la industria de servicios erosionaron las sólidas comunidades de trabajadores bien afianzadas, como las que existían en torno a la minería y la industria pesada. Las oportunidades de socialización que ofrecían los sindicatos o los clubes sociales para los trabajadores han sido sustituidas por el estrés laboral.

Las empresas han cambiado la seguridad laboral, la estabilidad y una mano de obra sindicalizada por servicios de bienestar para los empleados, clases de *mindfulness* y días de descanso para la salud mental. La ansiedad, el estrés y la depresión son cosas que le ocurren al trabajador y que ahora nuestro avanzado enfoque de la salud mental puede tratar, de modo que podemos regresar a nuestros precarios puestos de trabajo sin que el empresario tenga que cambiar sus prácticas laborales. Este nuevo mundo del lenguaje aparentemente consciente de las emociones en el ámbito la salud

mental, junto con el requisito de que los empleados tengan sólidas habilidades interpersonales, implica que ahora existe una mayor exigencia política y personal de que todo el mundo posea una flexibilidad social y emocional superior, que antes no se requería.

En lo que respecta al autismo, esto conduce a una interesante paradoja. Una de las principales características de este diagnóstico es la falta de empatía. Sin embargo, la mejora de la «inteligencia emocional» de los trabajadores tiene como objetivo utilizar la empatía para explotar y manipular con éxito a los clientes y a los trabajadores para que hagan lo que uno desea en beneficio propio (y de la empresa). Es curioso que se patologice a las personas que tienen dificultades para comprender los matices emocionales pero que pueden ser compasivas, y se recompense a quienes pueden utilizar la comprensión del estado emocional de los demás para manipularlos con fines egoístas.

Por lo que parece, diversos factores han confluido para permitir que el autismo se convierta en una marca popular: la profesionalización de la crianza y del desarrollo infantil, la ansiedad por el bienestar de los niños, los cambios en la estructura y el tiempo para las familias, la preocupación por el bienestar individual frente al colectivo, el paso de la economía de la fábrica a los servicios orientados al consumidor, la importancia de la identidad en el proceso de convertirnos en una marca y, para rematar, el atractivo de una solución a través de la tecnología médica. A medida que el autismo se populariza, pasa de ser un trastorno infantil poco frecuente que afecta sobre todo a niños varones a ser una diferencia de por vida que incluye a las mujeres, en las que antes no se detectaba debido al enmascaramiento.

Aunque el autismo es sin duda un síndrome «cultural» inventado en (y para) las poblaciones occidentales, como ocurre con muchos otros productos culturales occidentales —desde las películas de Hollywood hasta McDonald's y Starbucks—, una vez que la marca se volvió lo bastante atractiva, estuvo lista para ser exportada.

El autismo se globaliza

El antropólogo Roy Grinker, en su libro *Unstrange Minds* [«Desextrañar las mentes»], publicado en 2007, examina el aumento de los diagnósticos de autismo y afirma que no existe una epidemia de autismo, sino que su mayor prevalencia es un signo de los avances en la identificación y ayuda a los niños con trastornos del desarrollo y discapacidades.[176] En su opinión, las nuevas estadísticas sobre el autismo son más precisas y revelan que por fin estamos viendo y apreciando un tipo de diferencia humana que antes rechazábamos y que muchas otras culturas siguen escondiendo en los hogares o en los centros psiquiátricos, o denigrando por extraña. Algo que sorprende en un antropólogo es que descarte el papel de las normas culturales y que, al describir las experiencias de los padres de niños con autismo en Corea del Sur, India y Sudáfrica, contemple estas sociedades a través de la lente del estigma (es decir, como necesitadas de educación y civilización).

Grinker dirigió después un equipo de investigación para evaluar la prevalencia del autismo en Corea del Sur. Examinaron a 55.266 niños de siete a doce años con el cuestionario de cribaje del espectro autista. Si los niños daban positivo en esta prueba, se ofrecía a los

padres la posibilidad de realizar evaluaciones exhaustivas mediante «procedimientos de diagnóstico estandarizados». La investigación, publicada en 2011, indica que el 2,64 por ciento de los niños tenían TEA, la mayoría de los cuales asistía a escuelas convencionales y no tenía diagnósticos psiquiátricos ni recibía ningún apoyo extra.[177] Para mí esto es éticamente cuestionable. Tomar a un gran número de niños a los que hasta entonces no se les había asignado ninguna etiqueta, en los que ni la escuela ni los padres habían reconocido necesidades especiales, y afirmar que padecen un trastorno que nadie ha detectado antes tiene el sello característico de un tipo de superioridad colonial occidental según la cual los no occidentales se ven como necesitados de ser salvados de su ignorancia primitiva.

La tasa de prevalencia que encontraron fue el doble de la registrada en Estados Unidos en aquella época. ¿Nadie pensó en las tradiciones culturales y en su implicación en los llamados síntomas? Por ejemplo, en la cultura surcoreana, mantener el contacto visual mientras se habla con una persona mayor se considera una falta de respeto o desobediencia, y a los niños se les enseña a evitarlo desde pequeños. En el diagnóstico del autismo, la falta de contacto visual se considera un síntoma.

En varios estudios basados en diversos criterios se ha registrado un incremento en las tasas de diagnóstico del autismo en todo el mundo, incluso en zonas como Europa del este y muchos países africanos, donde antes este diagnóstico era muy poco o nada usual. En 2013, la Organización Mundial de la Salud, como respuesta a la defensa del autismo en todo el mundo, elaboró un informe en el que proponía pasar de la sensibilización al desarrollo de habilidades y

recursos en el ámbito del autismo, sembrando así las semillas de una iniciativa «oficial» para globalizar el TEA.[178]

En 2022, en una revisión de los estudios internacionales sobre la prevalencia del autismo, se constató que las tasas de diagnóstico estaban aumentando en todo el mundo. Tras agrupar los datos de 71 estudios, los investigadores llegaron a la conclusión de que la prevalencia media en todo el mundo era del 1 por ciento (con valores que oscilaban entre el 0,01 y el 4,36 por ciento). En promedio, la proporción de hombres con autismo respecto a la de mujeres era de 4 a 2, y el porcentaje medio de casos de autismo con un diagnóstico simultáneo de discapacidad intelectual era del 33 por ciento. En la anterior revisión sistemática realizada en 2012, se había estimado que la prevalencia media de TEA era del 0,62 por ciento, lo que confirma el rápido aumento de las tasas en todo el mundo. La mayoría de los datos procedían de países de renta alta, que seguían siendo los que presentaban las tasas más altas de diagnóstico (el 4,36 por ciento procedía de un estudio realizado en Australia).[179]

¿Qué le ocurrió a Óscar?

Si se leen y escuchan los medios de comunicación actuales, sería razonable pensar que un diagnóstico de autismo conduce a una mayor comprensión de las personas que lo reciben y a conocer los tratamientos y apoyos específicos que deberían ofrecerse. Se suele imaginar que el principal reto es el estigma, la falta de aceptación por parte de la sociedad y la necesidad de mayor financiación para los servicios de atención a la salud mental.

Para bastantes personas, sin embargo, la cuestión es mucho más complicada que los prejuicios sociales y el apoyo económico. Al principio de este capítulo presenté a Óscar, quien creía que tener autismo era una sentencia de por vida. Se sentía muy unido a su madre y alejado de su padre, desesperanzado sobre su futuro y atrapado por su diagnóstico de autismo. ¿Qué podía pasar si, en vez de buscar un tratamiento basado en su diagnóstico (como proponen los defensores del autismo), se hiciera caso omiso de este y, en su lugar, se abordaran las dificultades, miedos y contextos específicos?

Durante las siguientes sesiones tuve la oportunidad de hablar con Óscar sobre lo que él entendía por autismo, y qué era lo que le hacía sentirse tan atrapado. Creía que el autismo era algo inamovible en su cerebro y que le causaba dificultades para relacionarse con los demás y hacer las cosas que deseaba hacer en su vida. Comenté con su madre, Sue, que Óscar mostraba un grado elevadísimo de empatía, comprensión e inteligencia emocional hacia ella. A mí me parecía que era una persona de gran conciencia emocional y sensibilidad. Hablamos de que muchos aspectos de su personalidad, como su finísima empatía, no encajaban en la imagen estereotipada del autismo. Quizá había mucho más en él que el diagnóstico.

Analizamos sus años de desarrollo, lo que había sucedido durante ese tiempo y cómo había afrontado los numerosos cambios, incluida la marcha de su padre. Le pregunté a Sue cómo había cambiado Óscar durante esos años. Ahora era diferente a cuando era más pequeño, y no había razón para creer que no podía volver a cambiar a medida que madurase. Era errónea la idea que tenía de una enfermedad que le afectaría de manera invariable durante toda la vida.

Hablamos de sus fortalezas, de que había sobrevivido a todos esos años difíciles y, aun así, seguía mostrando una gran sensibilidad hacia su madre, hasta el punto de que ella lo describía como su «roca». Tal vez lo que él llamaba autismo podía ser también una fortaleza: la capacidad de percibir el mundo a veces de una forma diferente y única en comparación con los demás. Hablamos de su interés por los ordenadores y de lo asombroso que era que hubiera sido capaz de aprender a programar solo. Esto demostraba que su cerebro no solo funcionaba de manera adecuada, sino también admirable. Demostraba que podía ser autodidacta y que, por tanto, era mucho más capaz de lo que él creía.

Hablamos de su miedo a parecerse a su padre, Peter, y Sue señaló lo diferentes que eran. Quizá el hecho de hablar de su padre y la curiosidad que sentía por saber cómo era en la actualidad lo indujeron a ponerse en contacto con él.

Óscar se encontró con su padre por primera vez en casi seis años. Peter vivía ahora con una nueva pareja, con quien tenía una hija de un año. Tras este primer encuentro, concerté una sesión con los dos. Peter intentó explicar que toda historia tenía dos versiones. Él había querido mantener el contacto con Óscar, pero Sue se lo había impedido. Estoy seguro de que Óscar no se creyó la versión de su padre. Sin embargo, ahora podían verse y hablar. El monstruo imaginario que Óscar había creado se estaba convirtiendo en un padre real, bastante imperfecto, pero al menos accesible.

Empezó a ver a su padre de vez en cuando, tras convencerse de que a Sue no le importaba que lo hiciera. Se sentía incómodo con él, pero le gustaba su nueva pareja, Emma, y adoraba a Stephanie, su hermanita recién descubierta. Óscar contaba ahora con una nueva

familia como parte de su red de apoyo social. El mundo estrecho y estéril en el que había vivido se ampliaba, creando nuevas ansiedades, pero también nuevas posibilidades.

Logró ir a la universidad y, pese a los inevitables altibajos, hizo nuevos amigos, empezó a disfrutar de sus estudios, consiguió un trabajo a tiempo parcial y dio un verdadero giro a su vida. Cuando recibió el alta, el autismo ya no era algo relevante en su vida.

8

¿Es el autismo un constructo con base científica?

Cuanto más sabes, más sabes que no sabes.

ARISTÓTELES

En 2017 asistí a una formación de dos días, junto con otros trece participantes, sobre la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS, por sus siglas en inglés). La ADOS se promociona como «un test estandarizado para diagnosticar y evaluar el autismo», y se considera la «prueba de referencia» para el TEA. Consiste en una serie de tareas estructuradas y semiestructuradas que requieren la interacción social entre el «examinador» y la persona evaluada. El diagnóstico depende de si la puntuación cuantitativa supera cierto umbral. Es la «herramienta de diagnóstico» del autismo más utilizada en niños y adolescentes. Como tiene un fuerte componente observacional, podría decirse que es más objetiva que los cuestionarios empleados para diagnosticar a los adultos.

En la formación sobre la ADOS trabajé en un grupo de cuatro personas, entre las que se encontraban tres activistas del autismo que participaban en un proyecto de la Universidad de Exeter denominado *Exploring Diagnosis: Autism and the Neurodiversity Movement* [«Explorar el diagnóstico: el autismo y el movimiento por

la neurodiversidad»].[180] Juntos redactamos un artículo en el que resumimos nuestras diferentes críticas a la ADOS.[181]

Cuando alguien comenta que a su hijo le van a hacer un «test» de autismo, probablemente se refiera a una evaluación con la ADOS o con alguna otra prueba similar de las que existen en la actualidad. La ADOS fue desarrollada por un grupo de prestigiosos investigadores del autismo (incluido el profesor Michael Rutter, ya mencionado en el capítulo anterior). La primera versión se publicó en 1989. Desde entonces ha sido objeto de varias actualizaciones.

La formación consistió fundamentalmente en observar sesiones grabadas de evaluaciones realizadas con la ADOS en las que teníamos que realizar nuestras propias valoraciones siguiendo ciertas pautas. Después de cada vídeo, la instructora del curso comentaba las puntuaciones y nos mostraba cómo llegar a la conclusión «correcta».

En la evaluación mediante la ADOS participan un entrevistador (al que me referiré como «examinador») y un sujeto (al que me referiré como «paciente»). El examinador presenta una serie de tareas que deben realizarse en un tiempo limitado; cuando este finaliza, retira la tarea y presenta la siguiente. Todo el proceso debería durar entre cuarenta y sesenta minutos. Tras observar la conducta del paciente, se le asignan puntuaciones empíricas. El examinador no puede cambiar su forma de actuar en función de la conducta del paciente, lo que implica el requisito de realizar todas las tareas en orden. Estas incluyen el juego libre, la descripción de un cuento ilustrado, el juego con figuras en miniatura, la realización de un rompecabezas y, en el caso de los pacientes mayores, preguntas sobre su vida social, su comprensión de las relaciones y sus esperanzas para el futuro. A

lo largo de la evaluación, el examinador trata de detectar la presencia de ciertos «síntomas» o la ausencia de un comportamiento «normal».

La rigidez «casi autista» de considerar solo cualidades internas «reales» en los pacientes fue un tema recurrente. La mayoría de las preguntas que formulé durante el curso fueron motivadas por una verdadera perplejidad frente al modo en que ciertas conductas de los pacientes en los vídeos solo podían atribuirse a sus síntomas. La instructora del curso insistía en que lo que se observaba solo podía entenderse como conductas del TEA que se manifestaban en la sesión de evaluación gracias a la pericia del examinador para llevar a cabo una evaluación «personalizada». Así, mientras la instructora nos guiaba en lo referente a la puntuación, no dejaba de referirse al «hecho» de que se presentara tal o cual síntoma.

La filosofía de la ADOS da por supuesto que el contexto, relacional o de otro tipo, es irrelevante. En un ejemplo, la instructora del curso explicó de qué manera puede manifestarse el TEA relatando una historia que le explicó la madre de un niño que había acudido a su consulta. La madre había preguntado al niño: «¿Por qué nunca me miras?». Entonces este empezó a mirarla. La madre se quejó después: «¿Por qué me miras?». El niño, confundido, decidió que tal vez debería aprender a mirarla y luego a apartar la mirada. La madre se quejó: «¿Por qué mueves los ojos de un lado a otro?». El niño acabó desarrollando una compleja fórmula para saber cuánto tiempo debía mirarla y cuánto tiempo debía apartar la mirada. Al relatar esta historia, el facilitador no hizo ningún comentario sobre el papel de la madre en el desarrollo de este malestar relacional: todo era resultado del TEA (en ese momento no diagnosticado) de este niño.

En las actividades y preguntas de la ADOS no se tuvo en cuenta la relevancia del contexto cultural o del género. La ilusión de objetividad empieza a disolverse cuando uno ve la manera en que se enuncia lo que se debería calificar. Por ejemplo, para evaluar el «uso estereotipado o idiosincrático de palabras o frases», se debe asignar una puntuación de 2 (que indica un grado elevado de anormalidad) si el paciente «emplea a menudo vocalizaciones estereotipadas o palabras o frases raras, junto con algún otro tipo de lenguaje». Se asigna una puntuación de 1 (que indica cierto grado de anormalidad) si «el uso de las palabras o frases tiende a ser más repetitivo que en la mayoría de los individuos del mismo nivel de lenguaje expresivo, pero no es claramente raro». Para la «calidad de los acercamientos sociales», 1 corresponde a una «calidad levemente inusual de algunos acercamientos sociales», 2 corresponde a una «minoría significativa (o mayor proporción) de acercamientos inapropiados; muchos acercamientos carecen de integración en el contexto o de cualidad social».

Todos los «síntomas» del programa son de este tipo. Recordemos que era imposible escapar a la subjetividad en los cuestionarios de autismo para adultos. En este enfoque observacional, supuestamente más «objetivo», nos encontramos justamente con los mismos problemas de subjetividad imprecisa. ¿Qué significan las palabras «a menudo», «inusual», «cualidad», «algunos», «significativo», etc., que aparecen por todas partes? No se pueden establecer hechos objetivos cuando todas las calificaciones vienen impregnadas de subjetividad.

Con frecuencia se puso de manifiesto la dependencia del sesgo interpretativo del examinador. Por ejemplo, en una de las

evaluaciones de los vídeos observé que el niño sonreía con frecuencia, pero el facilitador dijo que no era una sonrisa, sino el síntoma de «sonreír de manera forzada». Incluso si se trataba de una «sonrisa forzada», es difícil entender por qué debería considerarse un «síntoma» médico. Otros comportamientos valorados fueron: el uso «inusual» de las palabras; la calidad de los intentos del niño de iniciar una interacción social; si el paciente pide cosas al examinador; no devolver espontáneamente los juguetes u otros objetos al examinador; no mostrar los juguetes u otros objetos (por ejemplo, levantándolos) al examinador; la falta de uso flexible y creativo de objetos (por ejemplo, una muñeca) de forma representativa; intereses sensoriales inusuales, etc. Y todo ello abierto a variaciones interpretativas. Las valoraciones llevan a que uno se pregunte de dónde se derivan los conceptos de apropiado/inapropiado, normal/anormal, sano/sintomático, etc.

Mis interpretaciones genuinas utilizando los sistemas de puntuación de la ADOS fueron bastante diferentes de lo que el facilitador explicó que eran las puntuaciones «objetivas» correctas. Tras ver el primer vídeo de un niño de cinco años, interpreté, convencido, que era un ejemplo de la evaluación de un niño «normal» para que se pudiera contrastar con la de alguien que «tiene» un TEA. Al final, resultó que todos los vídeos presentaban a alguien que había recibido una etiqueta de autismo.

Pudimos comentar y luego codificar la conducta del paciente, pero no se nos permitió interpretar su posible afecto (sus sentimientos y emociones) ni la naturaleza relacional o contextual de las interacciones. Me pareció que este «test» de comunicación social se llevaba a cabo creando un entorno deliberadamente provocativo y

con la expectativa de que estos jóvenes pacientes acataran las inusuales demandas del examinador.

En estos vídeos, la ADOS parecía sobre todo un test de conformidad social ante las exigencias constantemente cambiantes de un adulto mandón. En un vídeo, al principio de la sesión, cuando el examinador retira los juguetes con los que estaba jugando un niño de siete años, este da la espalda al examinador y le dice: «No eres mi amigo». A continuación, el resto de la evaluación se desarrolla en una compleja interacción que muestra en parte la rebeldía, a veces hilarante, del joven paciente, en parte su respuesta participativa, y en parte su angustia ante la presión y el frío distanciamiento del examinador.

En los vídeos de los niños con más edad, se les hacen preguntas a las que no sé cómo habría respondido yo a esa edad, como, por ejemplo: «¿Qué significa un amigo para ti?», «¿Piensas alguna vez en tener una relación estable o en casarte?», «¿Controlas tu propio dinero?», «¿Tienes planes o sueños para el futuro?». Según nuestras escalas de valoración, hay formas normales y patológicas de responder a estas preguntas.

Salí del curso con la sensación de que la ADOS no era una herramienta de diagnóstico sino una trampa diagnóstica. La formación de dos días cuesta unas seiscientas libras esterlinas por participante, y un paquete de cincuenta cuadernillos para puntuar (diez cuadernillos para cada uno de los distintos intervalos de edad), que se necesitan para llevar a cabo las evaluaciones con la ADOS, unas tres mil libras en total.

La propia ADOS tiene algo de autista. Se supone que sirve para identificar «deficiencias» relacionales, pero los instrumentos

empleados para la evaluación revelan la ausencia de una verdadera comprensión de la naturaleza de las relaciones. Busca demostrar de manera implacable la presencia de anomalías creando un contexto en el que el examinador puede encontrarlas fácilmente. Muchos quedan atrapados en la red de este sistema, desde niños pequeños que no hacen lo que el examinador les ordena o lo hacen de forma distinta a la que el examinador cree que deberían hacerlo, hasta adultos con una forma curiosa de expresarse. La prueba pretende definir cómo debería y cómo no debería comportarse una persona que, supuestamente, no está determinada por las normas culturales, de género y de sexualidad. Se está promoviendo y vendiendo en todo el mundo, y un número cada vez mayor de niños y jóvenes se están sometiendo a su ideología normalizadora y patologizadora.

¿QUÉ ES Y QUÉ NO ES EL AUTISMO O EL TEA?

Es fácil confundirse con los distintos términos que se utilizan. Los criterios «diagnósticos» difieren según el sistema y han ido cambiando a lo largo de los años, expandiéndose más allá del autismo infantil para abarcar términos como síndrome de Asperger, autismo atípico, autismo de alto funcionamiento, además de un término más reciente que no aparece en ningún manual diagnóstico: la evitación patológica de la demanda. El término general del trastorno del espectro autista (TEA) incluye todas estas variantes, y hoy en día se utiliza de manera intercambiable con el término de autismo.

Para confundir aún más las cosas, el autismo se clasifica a veces como parte del concepto más amplio de trastornos generalizados del desarrollo, que incluye un par de trastornos poco frecuentes: el trastorno de Rett y el trastorno desintegrativo infantil. Ambos describen una pérdida gradual de capacidades en la primera infancia y, por lo tanto, es muy probable que se asocien a un componente neurológico importante.

Se dice que el TEA se caracteriza por tres déficits fundamentales: alteraciones de la comunicación, alteraciones de la interacción social recíproca y patrones de comportamiento o intereses restringidos, -repetitivos y estereotipados.

Sin embargo, esta descripción sigue cambiando. En la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*DSM-5*) se define el autismo haciendo referencia solo a dos «síntomas» básicos: 1) Deficiencias persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos; y 2) Patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, actividades e intereses.[182] Los autores han fusionado los dos primeros de los tres síntomas supuestamente básicos en uno, creando un modelo bidimensional. En el capítulo 6 analicé una serie de cambios similares en la tríada de síntomas del TDAH, cuando se pasó de tres listas de síntomas a una y, más recientemente, en el *DSM-5*, a dos listas (como en el TEA).

¿Cómo deben ser estas dificultades sociales y de comunicación y los problemas de comportamiento repetitivos? Esta es la explicación que ofrece la Asociación Nacional de Autismo del Reino Unido:

> Algunos autistas son incapaces de hablar o tienen una capacidad muy limitada para el lenguaje, mientras que otros tienen muy buenas habilidades

> lingüísticas, pero les cuesta entender el sarcasmo o el tono de voz. Otras dificultades que pueden presentar son: interpretar las cosas de manera literal y no entender conceptos abstractos, necesitar más tiempo para procesar la información o para responder a preguntas. […] Los autistas suelen tener dificultades para «leer» a los demás, es decir, para reconocer o comprender sus sentimientos e intenciones, así como para expresar sus propias emociones. […] Las personas autistas pueden mostrar estas conductas: parecer insensibles, buscar tiempo a solas cuando se sienten agobiadas por otras personas, no buscar el consuelo de otras personas, tener conductas que parecen «extrañas» o que se consideran socialmente inapropiadas, tener dificultades para hacer amistades. […] a menudo prefieren las rutinas para estar seguros de lo que va a ocurrir. Es posible que deseen ir y volver de la escuela o el trabajo siempre por el mismo camino, que lleven la misma ropa o coman exactamente lo mismo en el desayuno. También pueden realizar movimientos repetitivos, como agitar las manos, mecerse o hacer un uso repetitivo de un objeto, como girar un bolígrafo o abrir y cerrar una puerta. Realizan estos comportamientos para calmarse cuando están estresados o ansiosos, pero muchos autistas lo hacen porque les resulta divertido.[183]

De acuerdo, así que los autistas tienen algunas dificultades lingüísticas, incluida la comprensión del sarcasmo, dificultades para interpretar sus propios estados emocionales o los de los demás y prefieren las rutinas y la previsibilidad. Suena vago, y todavía no veo por qué estas cosas son signos de un «trastorno», pero tal vez logre comprenderlo más adelante. Sin embargo, justo cuando parece que empezamos a entenderlo, un experto o una persona autista nos dirá que no lo hemos entendido.

En 2022, las doctoras Ozsivadjian y Murin impartieron un seminario web (*Myth Busting Autism*) sobre algunos de lo que llaman «mitos» del autismo.[184] Estos incluyen, entre otros, que las personas autistas no son capaces de socializar, tienen poca empatía,

escasa imaginación, no pueden entender las metáforas y presentan dificultades para la comunicación. Según ellas, los autistas, como cualquier otra persona, tienen fortalezas y dificultades y, por lo tanto, no pueden encuadrarse en ningún estereotipo. Explicaban que la forma en que se manifiesta cualquier característica puede variar de manera considerable. Por ejemplo, algunos autistas tienen elevadas capacidades verbales y otros apenas utilizan el lenguaje; por lo tanto, no se puede dar por sentado que ninguna estrategia terapéutica funcione para todos. También afirmaban que muchas de las «herramientas de diagnóstico» no detectan a las mujeres autistas porque estas suelen sufrir ansiedad y depresión, ya que el «enmascaramiento» es un problema importante.

Es posible que el lector se sienta cada vez más confundido en cuanto a qué es *realmente* el autismo. Como todos los síntomas pueden dar lugar a estereotipos que generan mitos, no podemos basarnos en los «síntomas» para hacer un diagnóstico; por lo tanto, para «detectar» el autismo, necesitamos un «experto» que sepa lo que se esconde bajo la superficie. Además, el diagnóstico no permite entender qué tipo de ayuda y apoyo puede necesitar una persona autista. Esto me recuerda una conferencia en la que un psiquiatra hablaba de las cien primeras personas diagnosticadas en su nuevo servicio de evaluación del autismo en adultos: «Si pusiera a esas cien personas en una habitación y alguien las fuera conociendo una a una, le costaría encontrar algo en común en ellas aparte del diagnóstico. Conocer a una persona con autismo solo significa que conoces a esa persona con autismo». Entonces, ¿para qué sirve un diagnóstico?

Hoy en día, se etiqueta con el mismo síndrome basado en conductas (el autismo) tanto a los pacientes internados en centros con escasas posibilidades de llevar una vida independiente como a una larga lista de grandes genios, como Mozart, Van Gogh, Edison, Darwin, Einstein y muchos más, diagnosticados de forma retrospectiva (basta con escribir «personajes famosos con autismo» en Google y ver lo que aparece). Desde una perspectiva de las deficiencias, esto abarca todo el espectro humano. ¿De verdad creen las personas que apoyan la idea de que el autismo es un trastorno identificable que lo que podría ser útil para estos iconos culturales podría ayudar también a aquellos pacientes con un lenguaje funcional muy limitado, y que se encuentran internados en centros de atención especializada?

Este problema de que exista un amplio repertorio de conductas y grados de funcionamiento que puedan dar lugar a un mismo diagnóstico se conoce como «heterogeneidad» (definida como la cualidad o el estado de ser diverso en carácter o contenido). No se trata solo de que los rasgos supuestamente «básicos», como las dificultades en la comunicación social, pueden también estar presentes en personas que no se consideraría que tienen un trastorno, sino que, además, los llamados síntomas del autismo se describen también en otros diagnósticos de salud mental, desde el TDAH hasta la depresión, la ansiedad o la psicosis.

Se mire por donde se mire, la heterogeneidad es evidente, junto con la falta de claridad conceptual sobre lo que es el autismo. En los criterios de los «trastornos de la conducta» se puede encontrar «incapacidad para establecer vínculos con los compañeros y egocentrismo, que se manifiesta como una disposición a manipular a

los demás para obtener favores sin ningún esfuerzo por corresponderlos, junto con una falta general de sentimientos hacia los demás». Posiblemente, esta descripción se parezca más a los casos sobre los que escribió Hans Asperger que a los de Lorna Wing (analizados en el último capítulo). Se supone que una de las características fundamentales del autismo es la falta de empatía, una carencia que provoca dificultades persistentes en las interacciones sociales. ¿Cómo puede diferenciarse este tipo de «falta de empatía» de la falta de empatía presente en los trastornos de la conducta o en las personas que se considera que padecen un «trastorno sociopático de la personalidad»? Otros «trastornos», como el «trastorno del apego», también se aplican a niños que carecen de empatía y presentan lo que se denomina «patrones disfuncionales de interacción social».

El trastorno del apego suele estar asociado a algún tipo de negligencia, abuso o trauma. Sin embargo, a falta de pruebas sólidas sobre las causas del trastorno del apego o del autismo, distinguir entre la «disfunción social» que se da en el contexto del trastorno de la conducta o el trastorno del apego y la que se da en el contexto del autismo se vuelve poco más que una cuestión semántica que depende de la opinión subjetiva de quien realiza el diagnóstico.

La falta de empatía también puede manifestarse como consecuencia de una falta de seguridad en uno mismo en situaciones sociales. De hecho, si nos paramos a pensar, cualquier experiencia en la que estemos absorbidos por nuestros problemas tiende a reducir nuestro interés por la vida y los intereses de los demás. Es limitado el grado en que uno puede fingir interés por cualquier tema o empatizar con cualquier problema. A medida que

aumentan las expectativas de empatía social (por ejemplo, en la escuela y en el trabajo), más puede parecer que carecemos de esta capacidad.

¿Y qué podemos decir del «síntoma» de «comportamientos restringidos y repetitivos»? Encontramos versiones de este síntoma en el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, el trastorno de la personalidad esquizoide, el TDAH, el trastorno depresivo mayor (preocupación mórbida por los aspectos negativos de la vida), los trastornos de la conducta alimentaria (fijación por la comida y/o el peso), etc. Además de figurar en los manuales diagnósticos y entre los síntomas patologizados, puede encontrarse en muchos hombres (¡por ejemplo, con el fútbol!), deportistas (con sus regímenes deportivos y de entrenamiento) y en la humanidad en general, ya que un interés obsesivo por una esfera restringida es característico no solo de un estado mental depresivo, sino también de la absorción necesaria para el descubrimiento y la exploración. La mayoría de las personas que consiguen grandes logros tienen la capacidad de obsesionarse por su ámbito de interés o de experiencia. En una asombrosa circularidad de razonamiento, esto se convierte en la motivación para etiquetar de autismo a la larga lista de grandes talentos mencionados anteriormente.

Por tanto, lo que se consideran síntomas básicos del autismo, como las «deficiencias en la comunicación social», la «falta de empatía» y los «comportamientos restrictivos y repetitivos», no pueden considerarse una patología o una diferencia individual aislada si no se entiende el contexto en el que aparecen. Cuando se empiezan a analizar los fundamentos subyacentes que conforman

nuestro concepto de autismo, resulta evidente que son tan superficiales que no permiten sostener nada de forma realista.

El autismo, en consecuencia ni siquiera sirve como clasificación descriptiva. Es lo que en psicoterapia narrativa (un tipo de psicoterapia que explora cómo construimos historias sobre nuestra vida) se denominaría una «descripción superficial», pues excluye toda una serie de aspectos que podrían ser importantes para entender la vida de esa persona (la familia, el entorno social, la escuela, las diferencias culturales, el *bullying*, etc.), así como sus habilidades, capacidades y ámbitos en los que se desenvuelve bien.

Esta deconstrucción parece indicar que estamos a punto de encontrarnos con los mismos problemas a la hora de definir un caso con fines clínicos o de investigación que comenté respecto al TDAH. La cuestión de cómo definimos un caso autista anticipa que será difícil refutar la hipótesis nula, es decir, demostrar que el autismo es una categoría natural determinada por la genética y el neurodesarrollo.

Veamos.

¿Se ha refutado la hipótesis nula sobre el componente genético del autismo?

Como se ha comentado anteriormente, la postura científica correcta es presuponer que lo que denominamos autismo o TEA no existe como categoría natural hasta que podamos demostrar que esta hipótesis nula no puede ser cierta.

El argumento de que el autismo es un trastorno con un claro componente genético se basa principalmente en los estudios de gemelos. En el capítulo 6 expliqué por qué la estimación de la heredabilidad genética mediante el método de los gemelos no ayuda a distinguir las causas ambientales de las genéticas. La única forma fiable de establecer la importancia del componente genético es mediante estudios de genética molecular, de los que existe una base de datos cada vez mayor, que incluye el análisis del genoma completo de miles de niños con la etiqueta de autismo o TEA.

No se han descubierto genes que sean específicos, característicos, poco frecuentes ni comunes del autismo, pero no será por falta de esfuerzo. Las investigaciones con posibles genes implicados, estudios de ligamiento, análisis genómicos y estudios cromosómicos no han logrado identificar de forma clara ni replicable ningún gen asociado específicamente con el autismo. Cuantos más fracasos se acumulan, más sostienen los defensores de la teoría genética que la base genética del autismo es «compleja» y que debe haber algún tipo de misteriosa interacción poligénica que explique la «heredabilidad ausente».[185] La explicación más probable de este hallazgo o, mejor dicho, de la falta del hallazgo, es que no existen genes responsables del autismo.

El continuo fracaso a la hora de identificar genes específicos parece haber dado lugar a que la mayor parte del cromosoma humano se considere como potencialmente portadora de genes del autismo: «Muchos equipos de investigadores han buscado genes que puedan estar implicados. Todavía no se ha encontrado ningún gen clave, solo decenas, tal vez cientos de genes con un papel secundario»;[186] y «con la aparición de las técnicas de

secuenciación de nueva generación, el número de genes asociados con el TEA ha aumentado a más de 800; en consecuencia, cada vez es más difícil encontrar explicaciones unificadas y asociaciones funcionales entre los genes implicados».[187]

Al igual que con el TDAH, nos encontramos ahora en la era del *big data*, en la cual múltiples equipos de investigación trabajan juntos con la esperanza de descubrir pequeñas asociaciones agrupando los datos sobre los genes de decenas de miles de individuos. Es difícil asumir la posibilidad de que estas ingentes cantidades de dinero para la investigación hayan sido un esfuerzo baldío. Por el contrario, estos equipos siguen recibiendo la mayor parte del dinero para la investigación porque «la tecnología de secuenciación confirmó rápidamente que la etiología del TEA era multigénica y muy heterogénea, con muy pocas de las mismas variantes patogénicas presentes en un porcentaje significativo de los individuos afectados», por lo que «pueden necesitarse muchas décadas más de investigación antes de que la comunidad científica tenga una imagen precisa de la manera en que estos moduladores contribuyen a la etiología del TEA».[188]

Una revisión de 2021 resume con acierto en qué punto se encuentra la investigación genética del autismo: «A pesar de los numerosos avances aportados por los recientes descubrimientos de genes relacionados con el TEA, sigue sin encontrarse una respuesta, ni siquiera preliminar, a uno de los aspectos más sorprendentes y obvios de la patología del TEA».[189]

Por tanto, en lo que respecta a la genética, no hay nada nuevo bajo el sol y se mantiene la hipótesis nula: no existe ninguna

anomalía o perfil genético característico identificable asociado al autismo.

¿Se ha refutado la hipótesis nula en los estudios de neuroimágenes del autismo?

Antes de hablar de las publicaciones sobre los estudios con neuroimágenes en el autismo hay que mencionar que, aunque se hayan encontrado diferencias significativas en comparación con los individuos no autistas, esto no significa necesariamente que sean consecuencia de la biología interna y no del entorno. Un aspecto importante que debe tenerse en cuenta es la «neuroplasticidad». Esta hace referencia a la notable capacidad del sistema nervioso (sobre todo en los niños) para desarrollarse y cambiar en función de los estímulos ambientales. La asombrosa plasticidad del cerebro humano hace difícil determinar con precisión la causa y el efecto cuando los individuos que tienen distintas experiencias vitales muestran después lo que parecen ser diferencias en la estructura o en el funcionamiento neurológico.

Esta neuroplasticidad se manifiesta de muchas maneras, desde la capacidad de los niños para compensar las lesiones cerebrales con el paso del tiempo hasta el descubrimiento de que los taxistas londinenses presentan volúmenes mayores que la mayoría de las personas en estructuras cerebrales muy relacionadas con la orientación y la percepción espacial.[190] Así pues, las diferencias cerebrales encontradas podrían deberse a factores ambientales que afectan al desarrollo cerebral (como los traumas psicológicos), a

diferencias en los ritmos de maduración (por ejemplo, sabemos que, por término medio, las niñas se desarrollan un poco más rápido que los niños) y a variaciones derivadas de otras características de los sujetos de la investigación (por ejemplo, su capacidad intelectual). Esto significa que no podemos suponer que las diferencias encontradas sean el resultado de una causa biológica preexistente. Al fin y al cabo, una de las funciones del cerebro es la de permitir que el organismo se adapte al entorno. Sería sorprendente que el cerebro no se viera afectado por las experiencias que vive el organismo.

Menciono la importancia de la neuroplasticidad porque a menudo se da por sentado que en la neurología de un autista hay algo persistente e inmutable, pero el sistema nervioso no se desarrolla ni funciona de esta manera.

El mayor problema de los estudios sobre el autismo, al igual que sucede con el TDAH, es la falta de hallazgos que se hayan podido replicar de forma sistemática. Esta falta de congruencia es una constante en las investigaciones sobre el autismo. Por ejemplo, los estudios centrados en una región encefálica llamada cerebelo han documentado un aumento de su volumen en los niños diagnosticados con TEA, mientras que en otros estudios no se han hallado volúmenes inferiores a la media, y en otros no se han observado diferencias significativas entre los niños con TEA y las personas sin TEA.[191] De forma similar, los resultados de los estudios sobre una región del cerebro llamada amígdala muestran grandes discrepancias: en algunos se han encontrado diferencias significativas en su volumen y en otros ninguna.[192] Con sorprendente regularidad, aparece un equipo de investigadores

anunciando su último descubrimiento: «las conexiones entre los dos hemisferios cerebrales son más pequeñas en el autismo, lo que indica que el TEA es un trastorno de la conectividad cerebral», y la noticia recorre los medios de comunicación de todo el mundo, pero después nunca oímos hablar de que otros investigadores hayan podido replicar estos hallazgos.

Algunos prestigiosos investigadores han empezado a plantearse que tal vez la investigación del autismo basada en la biología no conduzca a ninguna parte. En un artículo de 2016, titulado «ASD validity» [«Validez del TEA»], que incluye entre sus autores al célebre investigador del autismo Christopher Gillberg, se afirmaba: «La revisión de los resultados indica que el diagnóstico de TEA carece de validez biológica y de constructo», y recomendaba abandonar el diagnóstico de TEA como base para las investigaciones.[193]

Sin embargo, la industria es demasiado grande para caer. El *Autism Brain Imaging Data Exchange* (Intercambio de datos de neuroimágenes del autismo) es una iniciativa basada en la colaboración internacional que recoge datos de neuroimágenes de estudios de todo el mundo.[194] No es extraño que, a pesar del enorme esfuerzo en la investigación, no se haya avanzado en el conocimiento de los cerebros autistas. Como ya he comentado respecto a las neuroimágenes del TDAH, existen numerosos problemas técnicos a la hora de comparar datos de distintos escáneres que utilizan tecnologías diferentes y en los que hay que tener muy en cuenta aspectos como la edad, el sexo y el cociente intelectual.[195]

Una alternativa a las neuroimágenes anatómicas son las funcionales, como la resonancia magnética funcional (RMf). En este caso, mientras la persona realiza una tarea, se determina el grado de actividad del cerebro en diferentes regiones (por ejemplo, estudiando los patrones del flujo sanguíneo o de absorción de glucosa). Por desgracia, «cada vez hay más pruebas que demuestran la escasa fiabilidad de las mediciones por RMf. […] En conjunto, estos hallazgos revelan que las mediciones habituales por RMf durante las tareas no son adecuadas actualmente para descubrir biomarcadores cerebrales ni para investigar diferencias individuales».[196] Otro callejón sin salida.

Estos problemas habituales en la investigación mediante neuroimágenes muestran que la probabilidad de identificar algún biomarcador cerebral fiable o válido para el autismo tienda a cero. Tampoco en este caso hay datos que permitan rechazar la hipótesis nula. Nadie ha logrado encontrar ninguna anomalía característica y, en consecuencia, no existe ningún marcador biológico ni prueba de imagen cerebral que sirva para diagnosticar el autismo. La hipótesis nula se mantiene: no existe ninguna anomalía o diferencia cerebral característica asociada al autismo.

Los resultados en autismo

El autismo es más difícil de criticar que las etiquetas como el TDAH, ya que no lleva asociado ningún tratamiento farmacéutico específico y, por tanto, el problema del conflicto de intereses no es tan evidente. Sin embargo, cuando se produce una expansión tan

espectacular de los diagnósticos hay que sospechar que no se trata de un diagnóstico, sino de un producto de marca con un atractivo comercial. Esto lo hace vulnerable al «efecto de la banda elástica» que he mencionado antes, en el que los límites pueden estirarse de manera casi infinita.

Pero ¿cuál es el coste de seguir ampliando cada vez más la red de clientes del autismo? ¿Quién ha analizado los datos de lo que les ocurre a las personas atrapadas en esta red? ¿Dónde están las pruebas de que un diagnóstico mejore la evolución clínica de las personas diagnosticadas? ¿A cuántas se les advierte de las posibles consecuencias negativas de un diagnóstico? ¿Por qué no se investigan estas importantes cuestiones? Las etiquetas conllevan asociaciones y estereotipos. La mayoría de las investigaciones sobre la evolución en la edad adulta de las personas etiquetadas con TEA indican una integración social muy limitada, escasas perspectivas laborales y altas tasas de problemas de salud mental.[197] Se calcula que solo el 20 por ciento de ellas evolucionan de manera favorable.[198]

Entiendo que a muchos les resulte útil el hecho de poder nombrar algo. Los padres pueden sentir que entienden mejor a sus hijos y los adultos pueden sentir que algo en su vida tiene ahora sentido. Pero ¿a qué precio? ¿Cuánto duran estos sentimientos iniciales de alivio? ¿Qué falta en la narrativa de esa persona cuando se explica algo con una etiqueta que no puede explicarse? Me preocupa la posibilidad de que se inflija un tipo de violencia sutil a alguien etiquetado de este modo, que pueda limitar sus propias creencias, las de sus familias y las de toda una serie de personas sobre lo que pueden y no pueden hacer, sobre qué es una amenaza y qué no. Me preocupa que la

etiqueta de autismo proporcione una esperanza cruel. Los padres pueden tener la sensación de que ahora entienden lo que pasa, que los expertos sabrán qué hacer para ayudar. A medida que pasan los días, los meses y los años sin que las cosas mejoren, ¿qué efecto tiene esto en los sentimientos de los padres hacia su hijo «trastornado»? Este es el tipo de dilema que me encuentro a menudo en mi consulta.

Un diagnóstico de autismo puede restar poder a los padres y a los profesores, porque les hace creer que no tienen la experiencia necesaria para saber cómo intervenir y cuál es la forma correcta de ayudar al niño. Se abandonan las formas habituales de actuar y se invierten las dinámicas de poder en las familias por el temor de los padres a empeorar las cosas si intervienen de alguna manera en la vida de sus hijos. De este modo, acaban andando con pies de plomo y sienten gran ansiedad por el futuro de sus hijos. Esto crea mucha tensión en el hogar. El diagnóstico paraliza a los padres y al resto del entorno, que se quedan con los brazos cruzados esperando que los profesionales más cualificados les asesoren o, mejor aún, que les proporcionen la terapia adecuada para su hijo autista.

He visto a padres tan paralizados por el diagnóstico de autismo de su hijo que ya no eran capaces de decir «no». He visto a adolescentes adelgazar hasta acercarse a las puertas de la muerte porque aconsejaron a sus padres que no exigieran nada a sus hijos autistas. Se fueron estableciendo hábitos como la alimentación selectiva y el miedo a ciertos alimentos, cuando lo único que hacía falta para ayudar a revertir esta peligrosa consecuencia era dar permiso a los padres para que retomasen el control y explicasen al

niño (a menudo para su alivio) que era el momento de soltarlo para devolverlo a los padres.

El autismo se ha convertido en el nuevo cajón de sastre para los jóvenes pacientes que no encajan en los límites cada vez más estrechos de los comportamientos esperados. Y esto hasta el punto de pasar por alto los antecedentes que obviamente tienen influencia en los cuadros clínicos que presentan estos jóvenes. La idea de que «tal vez tengan autismo» sigue planteándose en las derivaciones, en las conversaciones con los padres, los profesores, en reuniones y revisiones clínicas, como si eso fuera a explicar las conductas que les preocupan, les frustran o les enfurecen.

El autismo, como cualquier otro trastorno psiquiátrico, no es un diagnóstico, sino una marca tan confusa e inestable como la cultura que lo creó y las vidas que pretendía liberar.

9

Empezar a corta edad

> Las escuelas cumplen las mismas funciones sociales que las prisiones y los manicomios: definir, clasificar, controlar y regular a las personas.
>
> MICHEL FOUCAULT

A sus doce años, Molly era una de las personas más introvertidas que yo había conocido. Ingresó en una unidad de pediatría porque sufría dolores de estómago y náuseas, y había dejado de comer y beber. Tras examinarla, el médico de guardia consideró que su cuadro no era físico y me pidió que la evaluara. Cuando la visité en una habitación contigua a la sala principal, primero me encontré con su angustiado padre, sentado junto a la cama con una expresión de aturdimiento. Molly estaba hecha un ovillo, con los brazos alrededor de las piernas y la cara hundida en las rodillas. No respondía a nada ni a nadie.

El equipo médico había llegado a la conclusión de que se trataba de un problema de salud mental y querían que yo hiciera un diagnóstico, recetara algún medicamento, asesorara al personal de planta sobre qué hacer y consiguiera que trasladaran a Molly a un hospital psiquiátrico lo antes posible. Cuando empecé a ejercer mi especialidad, solía trabajar en colaboración con pediatras, pero en la

última década ha ido en aumento la tendencia a derivar a los servicios de salud mental a los pacientes que se considera que presentan algún trastorno mental, junto con la petición de que los lleven a otro lugar. Si una unidad tiene dificultades para manejar a un paciente, la tendencia es solicitar que sea sometido a una disposición de la Ley de Salud Mental y que los servicios de salud mental recurran a personal capacitado en métodos de «contención» para que vigilen al paciente, una situación que a menudo conduce a que se intensifiquen sus problemas de conducta.

No cabe duda de que la ampliación a la infancia del CISM ha ejercido una presión creciente para elaborar planes de tratamiento como el diagnóstico y la prescripción de medicación (lo que los médicos denominan «farmacoterapia»). Es comprensible que se piense que, en casos como el de Molly, este proceso es realmente necesario. Hace veinte años parecía haber más oportunidades de hablar sobre los pacientes con un pediatra y con el personal de enfermería sin la presión de tener que recetar fármacos y dar un diagnóstico o aplicar la Ley de Salud Mental. ¿Es esto un signo de progreso? ¿Existe alguna otra forma de tratar incluso casos extremos como el de Molly? Volveré a su historia al final de este capítulo.

La McDonaldización de la salud mental

He explicado ya antes en este libro por qué la salud mental en general y los diagnósticos psiquiátricos en particular, debido a la ineludible subjetividad que conllevan, no pueden interpretarse de la misma manera que los diagnósticos de salud física. Comenté que,

por eso mismo, los diagnósticos psiquiátricos pueden ser objeto de una continua expansión de sus límites que corre en paralelo al creciente debate en los medios de comunicación, a veces de forma alarmista, sobre la importancia de la salud mental. En los últimos cuatro capítulos, he utilizado el TDAH y el autismo como ejemplos para ilustrar de qué manera estos fenómenos están afectando a colectivos cada vez más amplios e invadiendo la cultura cotidiana. En este capítulo quiero profundizar en su repercusión en los más jóvenes, que son motivo de especial preocupación.

Cuando me especialicé en psiquiatría infantil, en la primera mitad de la década de 1990, la depresión infantil se consideraba una enfermedad rara, diferente de la depresión en adultos, consecuencia de una adversidad más grave y difícilmente tratable con medicación. El éxito comercial del Prozac como «antidepresivo» animó a otras empresas farmacéuticas a fabricar medicamentos similares y a la apertura de nuevos mercados para sus lucrativos productos, lo que incluyó vender la idea de la depresión infantil para crear una demanda de recetas para los niños. El uso de estimulantes para el TDAH ya estaba creciendo y, al añadirse los «antidepresivos», aumentó la prescripción de todo tipo de psicofármacos. El pensamiento sistémico que solía dominar la ideología de la salud mental en los servicios para niños y adolescentes que describí en el capítulo 1 dio paso a protocolos que, basándose en la vía del diagnóstico, introdujeron terapias «correctivas» mecanicistas y favorecieron el desarrollo de enfoques individualizados.[199]

A medida que aumentaba el número de personas que se consideraba que padecían trastornos mentales, los medios de comunicación empezaron a hablar de epidemia de problemas

mentales en los menores y de la falta de servicios de atención mental para ellos. Los gobiernos lo percibieron como una prioridad de financiación y, con la ayuda de los medios de comunicación, las escuelas se convirtieron en uno de los principales focos de preocupación, ya que se decía que los problemas de salud mental comenzaban en las primeras etapas de la vida. Por ello, se consideró que las intervenciones en la primera infancia eran una importante estrategia de prevención de los trastornos mentales.

Al mismo tiempo, las campañas de lucha contra la estigmatización y de concienciación de los problemas de salud mental llegaron a las aulas y a las reuniones de profesores. Lejos de aportar mayor claridad, como no sabemos de qué hablamos al referirnos a la salud mental, esto abrió involuntariamente el camino a los más jóvenes hacia la alienación y la desconfianza, no solo ante los demás, sino también ante sus propias vidas emocionales. Se les indujo a transformar la visión del sufrimiento en sus diversas formas, pasando de ser algo que había que comprender y, a veces, tolerar, a una tortura sin sentido que debía eliminarse. En consecuencia, nunca ha habido una generación de jóvenes tan patologizada como la actual.

Al aplicar de forma generalizada los enfoques médicos y otros enfoques técnicos para tratar la conducta y los estados emocionales de los niños, hemos logrado «McDonaldizar» la salud mental infantil. La práctica basada en la vía del diagnóstico se asemeja en varios aspectos al consumismo asociado a la comida rápida:

a) Procede de la sociedad más agresivamente consumista (Estados Unidos).

b) Favorece la producción industrial a escala global por encima de la local.
c) Alimenta el deseo de satisfacción instantánea.
d) Se adapta al ajetreado estilo de vida de los consumidores.
e) Requiere poco compromiso del consumidor con el producto.
f) Basta con poseer una formación, unos conocimientos y una comprensión superficiales para aplicarla.
g) Priva a la persona de sus habilidades al ofrecerle una salida fácil (disminuyendo así su resiliencia).
h) Crea consumidores potenciales de por vida.
i) A largo plazo, puede perjudicar tanto a las personas que consumen el producto como a la salud pública en general.[200]

Las tasas de problemas de salud mental entre los más jóvenes han aumentado junto con la oferta de psicofármacos, tratamientos y servicios de salud mental destinados a ellos. Muchos comportamientos y experiencias que antes se consideraban normales o comprensibles se ven ahora como posibles problemas de salud mental que requieren una experiencia profesional que los profesores y padres creen no poseer.

En un proyecto de investigación, se entrevistó a diecinueve profesores experimentados de secundaria del Reino Unido sobre sus creencias y prácticas en relación con la salud mental de sus alumnos. Los profesores creían que la ideología y la práctica habían cambiado de forma radical. Todos pensaban que en los últimos cinco a diez años había aumentado la concienciación sobre la salud mental y los trastornos mentales, y que esto había llevado a un incremento

del número de alumnos que se consideraba que tenían problemas de salud mental.[201]

Aunque los servicios de salud mental habían aumentado de forma sustancial, tanto dentro como fuera del sistema escolar, los profesores consideraban que estos seguían siendo lamentablemente inadecuados. Identificaron muchos comportamientos y experiencias que antes habrían considerado ordinarios y/o comprensibles como probables problemas de salud mental que requerían conocimientos profesionales de los que carecían. Ahora se les desaconsejaba incluso cosas tan normales como dedicar más tiempo a hablar con un alumno angustiado, pues este podía presentar un trastorno mental y ellos no tenían los conocimientos necesarios para abordarlos.

Muchos profesores no estaban seguros de dónde estaban los límites de los trastornos mentales ni de cómo diferenciarlos de las conductas «rebeldes» o manipulaciones para obtener algún beneficio. Cuando se les preguntó por las causas de los problemas de salud mental, la mayoría de los profesores se refirieron a problemas cotidianos como el estrés de los exámenes, las relaciones, la familia, las redes sociales y el acoso escolar. Pese a que los profesores se inclinaban por estos modelos ambientales de causalidad, cuando se trataba de cómo ayudar mejor a los alumnos adoptaban un modelo más médico, que confiaba en los «expertos» para diagnosticar y tratar los trastornos resultantes.

Esta es la situación que da lugar a más derivaciones. Los servicios externos, pese a haber experimentado una expansión, no logran atender a todos los nuevos pacientes que solicitan ayuda, lo que conduce a problemas en el acceso a la atención y a que en los

medios de comunicación se hable de una «crisis» en la atención mental.

En el capítulo 4 mencioné una encuesta realizada en 2019 en el Reino Unido a mil jóvenes, según la cual el 68 por ciento pensaba que había sufrido o estaba sufriendo un problema de salud mental. De estos, el 62 por ciento pensaba que las campañas de «desestigmatización» les habían ayudado a identificarlo. También se descubrió que en los dos años anteriores se había producido un aumento del 45 por ciento en las derivaciones de menores de dieciocho años por motivos de salud mental.[202] Estas cifras no distan mucho de las de un artículo académico de 2019 que, usando una metodología de cuestionario cumplimentado por los propios niños, estimó una cifra del 42 por ciento de prevalencia de problemas de salud mental en niños de once a quince años.[203] Un estudio de Nueva Zelanda de 2020 describió que el 86 por ciento de las personas cumplirían los criterios para recibir un diagnóstico psiquiátrico antes de los cuarenta y cinco años y que alrededor de la mitad de la población habría mostrado síntomas compatibles con un «trastorno» antes de los dieciocho años.[204]

Esto tiene consecuencias en la vida real, en lo que respecta al grado de sufrimiento experimentado. Las visitas a urgencias pediátricas relacionadas con la salud mental en Estados Unidos aumentaron de 4,8 millones (un 7,7 por ciento de todas las visitas a urgencias pediátricas) en 2011 a 7,5 millones (un 13,1 por ciento de todas las visitas a urgencias) en 2020. Aunque todos los tipos de visitas relacionadas con la salud mental aumentaron de manera significativa, las relacionadas con el suicidio registraron el mayor incremento, al pasar del 0,9 al 4,2 por ciento de todas las visitas a

urgencias pediátricas.[205] ¿Es posible que nuestra forma de entender el sufrimiento psicológico desde el punto de vista del diagnóstico y de la tecnología de la salud mental esté aumentando su gravedad?

¿Es posible que la mistificación patológica del sufrimiento mental basada en la enfermedad contribuya a transformar en trastornos los retos, las confusiones y los cambios que tienen lugar a medida que crecemos y nos desarrollamos, especialmente en la adolescencia? ¿Se está animando a los menores a identificarse con marcas psiquiátricas y consumir remedios simplistas que acabarán queriendo tomar de forma intermitente o continua durante el resto de sus vidas? ¿Es posible que las migajas de consuelo que ofrece el identificarse con esta o aquella etiqueta conduzcan a una lucha de por vida con las consecuencias de este consumo? ¿Qué supone para un futuro que podría abrirse a las posibilidades y al cambio estar encadenado a una abstracción fija (un diagnóstico psiquiátrico) como un prisma (o prisión) a través del cual se filtrará y creará el significado?

Esta expansión está llegando a nuestros hijos más pequeños. Las charlas entre padres a las puertas de las escuelas primarias revelan sus temores de que sus hijos puedan tener autismo o TDAH, o que puedan estar deprimidos. Las guarderías realizan evaluaciones «profesionales» de salud mental a niños de dos y tres años, sobre todo si se considera que un niño es «agresivo».

En la actualidad, las escuelas cuentan con expertos para el apoyo psicológico que derivan a servicios externos a los niños que no mejoran. Mi servicio recibe derivaciones en las que se afirma que el niño tiene un «trastorno de la personalidad», «autismo», «trastorno

bipolar», «depresión» o que «necesita medicación». Hasta he visto un caso en el que se aseguraba que un niño de un año presentaba «rasgos psicopáticos». En estas derivaciones abundan términos técnicos como «desregulado», «rumiación excesiva» y «traumatizado».

La concienciación sobre la salud mental se desboca

En el capítulo 4 analicé el «bucle social» y el «deslizamiento de los conceptos» como dos teorías que explican los mecanismos sociales y culturales que fomentan la expansión de los diagnósticos psiquiátricos y los conceptos de salud mental en general. Los psicólogos Lucy Foulkes y Jack Andrews sostienen que el aumento de los problemas de salud mental entre los más jóvenes puede relacionarse de manera directa con una mayor concienciación derivada de la ideología de la salud mental y que, debido al poder de las etiquetas, se están creando problemas de salud mental que de otro modo no existirían. Y afirman: «Consideramos que las campañas de concienciación están llevando a algunas personas a interpretar y describir formas leves de sufrimiento psicológico como problemas de salud mental. Consideramos que esto lleva a algunos individuos a experimentar un aumento genuino de los síntomas, pues etiquetar como problema de salud mental al sufrimiento puede afectar al concepto de uno mismo y a su conducta, de modo que acabe convirtiéndose en una profecía autocumplida».[206]

Todo lo que nombramos acaba existiendo. Los peligros de «etiquetar» de manera aparentemente inocente o bienintencionada

no siempre se comprenden ni se reconocen. La retroalimentación de un bucle de «pánico moral» sobre la salud mental de los más jóvenes (ampliado posteriormente para abarcar el bienestar mental) hace que los problemas se inflen a sí mismos. Los niños, los padres y los profesores están expuestos a ello, por lo que empiezan a percibir sus emociones y comportamientos de una forma nueva, buscando signos de esta epidemia, porque previamente han sido sensibilizados sobre su existencia y sobre la importancia de intervenir a tiempo.

Según un estudio canadiense publicado en 2023, está creciendo exponencialmente el número de menores —sobre todo de chicas adolescentes— que afirman tener síndrome de Tourette, trastornos alimentarios, autismo, trastorno de identidad disociativo y otros trastornos mentales. Esto ocurre de repente y de una manera que no coincide con la forma en que estos diagnósticos se habían identificado anteriormente. Es decir, los jóvenes canadienses están experimentando brotes masivos repentinos de trastornos considerados incluso poco frecuentes. Los autores llegan a la conclusión de que identificarse con «trastornos» a los que se dota de cierto glamur se ha convertido para algunas adolescentes en una forma de expresar emociones negativas que, en vez de provocar rechazo, les hace sentir que forman parte de una comunidad y que, incluso, son únicas y especiales.[207]

Con este tipo de contagio social, lo que ocurre a menudo es que los adolescentes (sobre todo las chicas) ven vídeos (especialmente en TikTok) de creadores de contenidos que se identifican a sí mismos como personas que tienen estas «enfermedades» (como el TDAH). Los vídeos muestran y describen cómo se manifiestan los

síntomas durante las actividades diarias y cómo el trastorno es una parte importante de la identidad del creador, que lo hace único. Luego, estos jóvenes afirman tener los síntomas externos descritos por el creador del contenido y, de este modo, se producen brotes repentinos de un trastorno especial, o un notable aumento de trastornos más comunes (como el TDAH).

A menudo me pregunto si somos conscientes de cómo ha cambiado nuestra forma de entender a los niños, la infancia, el desarrollo infantil, la vida familiar y la educación al sucumbir a la idea «McDonaldizada» de que los retos y las incertidumbres relacionados con el desarrollo pueden clasificarse en categorías ordenadas de lo que «funciona mal» en cada niño, pero que después pueden solucionarse con intervenciones simples que sirven para todos ellos.

En última instancia los niños dependen de los adultos, que toman la mayoría de las decisiones en su nombre. Pero en la actualidad hemos profesionalizado la crianza hasta tal punto que muchos padres y otros adultos que cuidan a los niños (como los profesores) temen intervenir activamente para guiarlos. Pueden creer que necesitan a ese «experto» para saber qué hacer. Otros adultos se sienten juzgados y avergonzados por el comportamiento de sus hijos, pues a menudo se culpa en tono reprobatorio y crítico a los progenitores (sobre todo a las madres) por haberlos educado mal, pero rara vez se los elogia por haberlo hecho bien. Otros adultos deben trabajar muchas horas, lo que les deja poco tiempo para la familia y, como las conexiones con la comunidad local y la familia extendida se han aflojado, cuentan con muy poco apoyo.

Hoy en día es difícil ser un padre o una madre «normal». Si se considera que tienes una relación demasiado cercana con tus hijos, no sabes poner límites; si se considera que eres distante, eres demasiado frío y no sabes quererlos como es debido. Por supuesto, el abuso y el daño ocurren, y ser padre o madre implica siempre preocupaciones y dilemas. De forma deliberada o accidental, se ha exagerado la ansiedad asociada a la experiencia de ser padres, acompañada de una gran confusión y a menudo de poco apoyo emocional y práctico, sobre todo a las madres, que siguen llevando la mayor parte de la carga de criar a sus hijos. Se puede ganar mucho dinero explotando esta ansiedad y el inevitable deseo de los padres de ayudar a sus hijos y calmar su preocupación.

Mientras tanto, a los niños se los evalúa, se los pone a prueba, se los clasifica y se los juzga en las escuelas, los deportes, las redes sociales, etc., de tal manera que, desde pequeños, aprenden que su valor depende de la comparación con sus compañeros. Como si vivieran en un concurso continuo al estilo de *Factor X*, pueden sentir que se los examina por su rendimiento personal más que por su contribución al bien común o por formar parte de la familia y la comunidad que los rodea. Su vida puede estar llena de actividades y de distracciones como la televisión, los móviles, la comida basura y un montón de juguetes de colores.

Hoy en día es difícil ser un niño «normal». Si se considera que un niño es demasiado inquieto, es «hiperactivo»; si es demasiado callado, puede estar «deprimido»; si es algo tímido, probablemente sea «autista». Por supuesto, los niños sufren abusos y traumas, y lo expresan a través de su conducta, pero, en muchas sociedades occidentales, ser un niño hoy en día significa estar bajo una estrecha

vigilancia y sometido a un riguroso examen en cuanto al rendimiento. Cuando alguien juzga que las cosas «no van bien», te puedes ver expuesto a una serie de evaluaciones y procedimientos que determinen qué es lo que está mal, qué es lo que está dañado o es disfuncional en tu persona.

La infancia después de la Segunda Guerra Mundial

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la sociedad occidental tendía a considerar las relaciones entre padres e hijos principalmente en términos de disciplina y autoridad. Este tipo de enfoque conductual subrayaba la importancia de adquirir hábitos y «buenos» comportamientos necesarios para una vida productiva. Tras la Segunda Guerra Mundial, empezó a preocupar el efecto de la disciplina y de la autoridad sobre los niños. El debate sobre lo que pudo originar la terrorífica sociedad de la Alemania nazi, influido por el creciente respeto por la teoría psicoanalítica, hizo pensar que los enfoques conductuales autoritarios podían llevar a que una persona se volviera agresiva, hostil y asesina.[208]

Empezaron a difundirse opiniones profesionales y académicas que hablaban del niño como individuo y defendían un enfoque más democrático de la crianza. En los círculos políticos y en la cultura cotidiana fue ganando popularidad un movimiento que se alejaba de la dureza para adoptar formas más humanas de disciplina, a través de la orientación y la comprensión. Además, mientras que el modelo de preguerra preparaba a los niños para el trabajo en una sociedad de recursos limitados, los años de auge económico de la posguerra

significaron que los niños crecían en una sociedad en la que el consumismo para obtener placer se convertiría pronto en la nueva «normalidad».[209]

En el modelo de «permisividad» de la posguerra, las relaciones entre padres e hijos se planteaban cada vez más en términos de placer y juego que de obediencia y respeto. Ahora los padres debían renunciar a la autoridad tradicional para que los hijos pudieran desarrollar su propia capacidad de elección y para apoyar su sentido de la autoestima.[210] Este cambio cultural también significó que, cuando estos niños de la posguerra se convirtieron en padres, ellos también pusieron menos énfasis en su deber y responsabilidad como padres, además de que también deseaban oportunidades para expresarse más plenamente ellos mismos. Esta forma de ejercer las obligaciones parentales allanó el camino a la expectativa cultural de diversión y permisividad para todos.

La evolución de las estructuras económicas también provocó cambios importantes en la organización de la vida familiar. Cada vez había más madres que se incorporaban al mundo laboral y se produjo una renegociación del poder dentro de la familia. El crecimiento de las nuevas comunidades suburbanas y las exigencias de las economías de mercado dieron lugar a una mayor movilidad, menos tiempo para la familia y una limitación geográfica de las conexiones entre los miembros de las familias extensas en las redes comunitarias. Muchas familias (sobre todo aquellas a cargo de mujeres jóvenes) quedaron aisladas de las fuentes tradicionales de apoyo e información sobre la crianza de los hijos. En consecuencia, las guías sobre la crianza adquirieron mayor importancia. Los consejos sobre el cuidado de los hijos, que antes provenían de las

comunidades extensas y de las generaciones mayores, pasaron a las clases profesionales.

La reacción en contra de lo que se percibía como la cultura de la permisividad tuvo lugar en Occidente durante las décadas de 1980 y 1990. Esta reacción siguió poniendo al individuo en el centro y se recortaron las ayudas estatales, sobre todo las destinadas a los niños y las familias, lo que dio lugar a una pobreza infantil a gran escala, una situación que se repetiría tras la crisis financiera de 2008. Con esta creciente sensación de inseguridad respecto a cuál era la mejor manera de criar a los hijos, las recomendaciones e intervenciones para la crianza se convirtieron en un gran negocio. Bajo el disfraz del lenguaje de la ciencia, los conocimientos sobre cómo ser un «buen» padre o madre pasaron a manos de las clases profesionales. Ahora había una forma correcta de querer a los hijos, unas pautas para juzgar si los niños se estaban desarrollando correctamente y una serie de normas (en especial para la clase media blanca de Occidente) que los padres, profesores y otros adultos debían cumplir para evitar «dañar» a los niños. Se mantuvo el mandato de que la infancia debía estar exenta de conflictos y llena de diversión, pero esto se volvió más difícil de cumplir. Es muy amplia la oferta de libros y cursos sobre la crianza, y se han implementado múltiples métodos para supervisar a la población infantil. En un mundo en el que las familias son más pequeñas, el apoyo de la comunidad y la familia extensa se ha reducido, los dos progenitores trabajan —a menudo estresados por la necesidad de mantener una fuente de ingresos segura— y además se les exige que sus hijos se diviertan. No es extraño que la profesionalización de

la crianza haya llevado a muchos padres a dejar en manos de los expertos los retos típicos del desarrollo.[211]

Los intereses políticos y económicos de la profesión médica, la industria farmacéutica, los psicólogos, los terapeutas y una serie variopinta de opinadores han encontrado un repertorio ideal de condiciones sociales en las que basar una interpretación biomédica de la infelicidad y la insatisfacción infantil que pasa por alto el contexto histórico y cultural, centrándose solo en el individuo. De este modo, las experiencias relativamente comunes del desarrollo, que antes se consideraban normales y que los propios niños o sus padres se encargaban de resolver, pasan a formar parte de la esfera de los problemas médicos que requieren una opinión médica y, posiblemente, un procedimiento médico conocido como «tratamiento».

La mayoría de las culturas entienden el sufrimiento emocional como una parte inherente a lo que significa vivir y desarrollarse como seres humanos. El sufrimiento tiene el potencial de reforzar y profundizar nuestra conexión, experiencia y comprensión de la vida humana y la resiliencia. Por tanto, no es algo que debamos interpretar de entrada como carente de valor y buscar cómo eliminarlo.[212] Los budistas entienden el sufrimiento como parte necesaria del proceso que conduce a la iluminación. En este sentido, una persona no puede escapar de los límites de su ego sin la experiencia del dolor mental que implica soltar los apegos egoístas y la visión egocéntrica del mundo. Sin embargo, se puede ganar dinero con la fantasía infantil de que podemos vivir sin sufrimiento.

Del mismo modo que el concepto de lo que es una persona sana y normal es un constructo social (así como lo que es una persona con

un trastorno), también construimos socialmente la infancia, el crecimiento y lo que se supone que es una buena crianza. Como ocurre con el constructo del yo, la elección del constructo que utilizamos tiene consecuencias en lo que percibimos, en cómo lo percibimos y en lo que hacemos.

Las entidades o centros que se ocupan de los niños, especialmente las escuelas, no son inmunes a estas fuerzas culturales tan extendidas.

La concienciación en las escuelas sobre la salud mental

Desde hace un par de décadas, algunos sociólogos y pedagogos vienen alertando sobre la tendencia hacia lo que denominan «educación terapéutica».[213] Critican el aumento de los programas de «bienestar emocional», la enseñanza de las emociones, el autocuidado y la resiliencia en los planes de estudio escolares.[214] Aunque la atención se centra más ampliamente en el bienestar emocional de todos los estudiantes en lugar de en aquellos que se cree que tienen problemas de salud mental, la enseñanza sobre las emociones en las escuelas crea un trasfondo que empieza a influir en la manera en que los alumnos, los padres y los profesores entienden el sufrimiento, el malestar y los «sentimientos» de los niños.

Esta evolución se ha visto impulsada por una transición en la visión del yo que desvincula las experiencias de la persona de los acontecimientos vitales y los contextos relacionales para centrarse en cuestiones internas, como la forma de regular las emociones y

desarrollar la resiliencia. Este cambio, lejos de ser liberador, está teniendo el efecto contrario, como sugieren numerosos datos.[215]

No es posible desligar la evolución política e ideológica de la naturaleza y las normas no escritas de la sociedad que las genera. Sean cuales sean los impulsos benévolos y compasivos de los que surjan, solo pueden generalizarse e incorporarse a la política si no suponen una amenaza importante para las estructuras de poder establecidas. Como he venido argumentando en este libro, la preocupación por las emociones y el bienestar emocional, cuando tiene lugar en una sociedad que ha comercializado la subjetividad, acaba abriendo nuevas vías para la mercantilización (el acto de convertir algo en un artículo que se puede vender y comprar).

Por tanto, no debería sorprender a nadie que los programas de concienciación sobre la salud mental, el fomento de la resiliencia y la educación en salud mental hayan ido extendiendo sus tentáculos a lo largo de todo el sector educativo. Las pruebas de eficacia o la evaluación de los daños potenciales dejan de tener importancia una vez que un producto logra suficiente reconocimiento para su marca, despierta entusiasmo y se ajusta al espíritu de su época.

El primer estudio a gran escala que comparó un programa de terapia cognitivo-conductual (TCC) en el entorno del aula con los servicios escolares habituales no demostró que tal intervención redujera los síntomas depresivos en adolescentes considerados con alto riesgo de depresión. Por el contrario, se vio que podía tener un efecto perjudicial, ya que un año después de la intervención las tasas de síntomas depresivos eran más elevadas (según los cuestionarios de autoevaluación).[216] En una revisión realizada en 2022 sobre intervenciones escolares preventivas para la salud

mental basadas en la TCC, se determinó que la eficacia de esta terapia para mejorar los síntomas de ansiedad y depresión era escasa o nula.[217]

En un estudio británico publicado en 2022 sobre un entrenamiento en *mindfulness* (o atención plena) adaptado a las escuelas, en el que participaron más de ocho mil alumnos, se determinó que las puntuaciones de riesgo de depresión y bienestar en estudiantes considerados en riesgo de tener problemas de salud mental fueron peores en comparación con los que no realizaron el entrenamiento, tanto tras la intervención como en el seguimiento de un año. A mayor entrenamiento en *mindfulness*, peor era el funcionamiento social, emocional y conductual tras la intervención.[218] Según las conclusiones de algunas revisiones de estudios, no existen pruebas de que el entrenamiento en *mindfulness* mejore la salud mental de los menores, lo que implica que el entusiasmo por el *mindfulness* se ha adelantado a los datos que habrían de respaldarlo.[219]

En un estudio publicado en 2023 sobre más de mil adolescentes australianos, se constató que los que participaron en un programa de entrenamiento en habilidades grupales basado en la terapia dialéctica conductual en el ámbito escolar declararon tener mayor depresión, ansiedad, dificultades para gestionar sus emociones y peores relaciones con sus padres que los que no siguieron el programa.[220] Otro estudio, publicado en 2023 y que incluyó a más de dos mil quinientos adolescentes australianos, también descubrió que un programa de salud mental basado en la TCC dio lugar a un mayor grado de angustia en quienes participaron en el programa respecto a los que no lo hicieron.[221]

Según las investigaciones, la prevención universal de la depresión y la ansiedad en la sociedad en general a través de programas escolares ha llegado a un callejón sin salida. Estas no han demostrado que tengan ninguna repercusión positiva en la salud pública.[222]

El entusiasmo por la concienciación en la salud mental y los servicios de acompañamiento ha llegado también a las universidades del Reino Unido, que han reforzado el apoyo a la salud mental ante la presión de los medios de comunicación y los informes sobre el aumento de suicidios de estudiantes después de la pandemia de COVID. ¿A qué tipo de apoyo se refieren? De manera informal, me han llegado noticias a través de hijos de amigos, amigos de mis hijos, hijos de colegas y correos electrónicos de terapeutas horrorizados por lo que está ocurriendo. Hay una avalancha de estudiantes que reciben diagnósticos de TDAH y de autismo. Me gustaría gritar, al estilo de John McEnroe: «¡No podéis estar hablando en serio!». Pero de poco serviría.

El estudio STAR*D del que hablamos en el capítulo 3 fue el mayor ensayo clínico llevado a cabo en el mundo real (es decir, con personas que ya recibían atención médica) sobre el tratamiento para la depresión, en el que los pacientes podían recibir entre uno y cuatro tratamientos sucesivos. Como se recordará, los investigadores del STAR*D declararon triunfalmente que la tasa de remisión era del 67 por ciento, pero un nuevo análisis determinó que la cifra real de los participantes del estudio que lograron y mantuvieron la remisión durante un año (el objetivo de la intervención) fue del 6 por ciento.

En esta muestra en el mundo real, el 37 por ciento de los casos había sufrido el primer episodio antes de los dieciocho años. ¿Es

posible que la creación de la idea de que los más jóvenes tienen una enfermedad llamada depresión —que es la causa de su bajo estado de ánimo, que requiere tratamiento y a menudo medicación— haya conducido a la cronificación de esta «depresión»?

En mi opinión, hemos puesto en marcha todas las estructuras necesarias para crear (y no descubrir) la crisis de salud mental en los más jóvenes, y les hemos proporcionado un periodo de inducción para que se conviertan en potenciales consumidores de los servicios de salud mental a largo plazo.

¿Qué le ocurrió a Molly?

Este capítulo empezó con la presentación de Molly, que había sido ingresada a los doce años en una unidad de pediatría por haber dejado de comer y beber. Era una niña retraída y se mostraba cerrada a toda comunicación. Ya expliqué que la práctica de la pediatría en pacientes con posibles problemas de salud mental se ha desplazado de la discusión abierta sin presuposiciones a la expectativa de que los servicios de salud mental asuman el control de la situación y proporcionen un diagnóstico y tratamiento; además, si hay signos de incumplimiento terapéutico, puede someterse al paciente a la Ley de Salud Mental para permitir el tratamiento forzoso y, en caso necesario, la inmovilización.

Molly logró evadir la Ley de Salud Mental gracias a que, con el consentimiento de su padre, convencí al personal médico para que primero le administraran suero por vía intravenosa para evitar la deshidratación. Ella no opuso resistencia. Tras un par de días sin

comer, propuse que le colocaran una sonda nasogástrica para hacerle llegar la comida directamente al estómago. Cuando una enfermera le explicó que si no comía le pasarían la sonda nasogástrica por la nariz hasta el estómago, Molly dijo que comería. En las dos semanas siguientes fue comiendo cada vez más. Aunque su comunicación seguía siendo mínima, al menos estaba cooperando y recuperando su salud física. Ni entonces ni después le receté medicación alguna.

Los años que siguieron a ese primer ingreso fueron muy difíciles para Molly, para su familia y para los profesionales implicados. Cuando finalmente fue dada de alta del hospital, se fue a vivir con su padre. Sus padres estaban separados y ella se negaba a ver a su madre. El padre, comprensiblemente desesperado, intentó que Molly recibiera una terapia privada, además de las sesiones con nuestro servicio. Ella seguía encerrada en sí misma, no asistía a la escuela, tenía arrebatos de ira y apenas se comunicaba en nuestras sesiones. Solo asentía con la cabeza de vez en cuando. Hasta que algo cambió. Es difícil saber qué ocurrió o por qué sucedió, pero Molly empezó a hablar. De hecho, quiso venir ella sola a nuestras sesiones.

Habían pasado cuatro años desde la primera vez que la vi. Molly estaba sentada erguida en su silla, mirando hacia un lado. Quería explicarme lo que había ocurrido. Hizo una pausa, bajó la vista y, jugueteando con los dedos nerviosamente, empezó a contar su historia.

Me explicó que las cosas eran muy desagradables cuando vivía en casa con sus padres. Ellos solían discutir y ella se mantenía apartada en su habitación, escuchándolos noche tras noche. Un día, el padre se marchó sin más. La madre estaba desconsolada y le explicaba a

Molly lo infeliz que se sentía. Después intentó suicidarse. Molly recordaba que su madre estaba borracha, llorando, y que se metió un montón de pastillas en la boca delante de ella. Molly agarró el frasco de pastillas y esa noche la pasó sentada junto a la cama de su madre, preocupada por lo que esta podría hacer luego.

Unas pocas semanas después de aquel incidente, empezó a sentir dolores de estómago. Ahora piensa que probablemente se debieron a que llevaba un par de días sin comer por miedo a que su madre intentara suicidarse de nuevo. El dolor era tan fuerte que su madre la llevó al hospital. Una vez ingresada, no quería irse. Se sentía segura allí, lejos de la espantosa situación en su casa. No quería mejorar. Intentó quedarse en el hospital todo lo que pudo. Se negaba a volver a vivir con su madre. Al final, accedió a irse a la casa del padre. Aunque estaba contenta de volver a estar con su padre, también estaba enojada con él porque la había abandonado. Durante los años siguientes, alternó entre el enfado y el miedo de que él se hartara de ella y la volviera a abandonar. No había querido ver a su madre hasta hacía poco, cuando decidió que estaba preparada para ello. Durante esos cuatro años la madre le había estado enviando mensajes y escribiéndole, suplicándole poder verla.

Le pregunté a Molly qué había cambiado, qué era lo que había hecho que las cosas se calmaran para que ahora se sintiera preparada para hablar y volver a relacionarse con el mundo.

Molly me explicó que se había cansado de estar enfadada todo el tiempo. Unos meses atrás, se despertó un día después de haber estado terriblemente enfadada. Su habitación estaba hecha un desastre. Llevaba un par de semanas sin lavarse, se sentía fatal, le

dolía la cabeza y se dijo a sí misma: «No quiero seguir así. No quiero que esta siga siendo mi vida».

Al parecer, fue algo tan simple como esto. Llegó un momento en el que, por la razón que fuera, se produjo un cambio emocional. Algo en su estado mental cambió. Seguí viendo a Molly de vez en cuando durante otro año. Había regresado a la escuela y estaba poniéndose al día con sus estudios; además, tenía un trabajo a tiempo parcial, había hecho nuevos amigos, veía a su madre con regularidad y seguía adelante con su vida. El padre me escribió un par de años más tarde para decirme que Molly había logrado entrar en la universidad. Se sentía muy orgulloso.

He conocido a muchas Mollys a lo largo de los años. Son personas que permanecen estancadas en los servicios de salud mental, con terapias, tratamiento farmacológico, ingresos hospitalarios y luego, en algún momento, por alguna razón, algo cambia en su forma de pensar. Están listas para recuperarse, para seguir adelante. Nunca he logrado saber en qué momento ocurre o cuál puede ser el detonante que las lleva a salir de su trampa mental.

Molly me enseñó la importancia de ser paciente, mantener la esperanza y estar atento a ese momento en el que algo está listo para el cambio. Lo peor que se puede hacer es etiquetar prematuramente a alguien como «resistente al tratamiento» o «crónico» y empezar a añadirle más diagnósticos (supuestas disfuncionalidades) y tratamientos más agresivos.

10

> Las ideas dominantes de cada época han sido las ideas de su clase dominante.
>
> KARL MARX

Tuve que recorrer un largo y enrevesado camino de aprendizaje hasta percatarme de que las investigaciones sobre los efectos de los tratamientos de salud mental confirman en gran medida que algo esencial de las interacciones terapéuticas que tienen éxito es el espacio que se construye entre la persona y el terapeuta. La definición de lo que resulta traumático para alguien puede ser algo normal para otro. Siempre es posible que se produzcan malentendidos ocultos y significados divergentes al enfrentarse a la «otredad».

Como muchas personas que deciden trabajar en el campo de la salud mental, me sentí atraído hacia esta especialidad de la medicina por mi propia historia y mis inseguridades, aunque entonces no era consciente de hasta qué punto podían haber influido en mi elección. Recuerdo que me sorprendió que mi terapeuta utilizara la palabra «traumático» para describir algunas de mis experiencias. Nunca había pensado en ellas de esa manera, pues para mí eran normales. No creo que mi terapeuta se diera cuenta de lo perturbador que fue para mí ese hecho.

Durante los años de mi especialización en psiquiatría, tuve la oportunidad de conocer diferentes modelos explicativos (psicológicos y biológicos) de lo que yo entendía como enfermedad mental. Sin embargo, en la práctica diaria comprobé que los tratamientos administrados y los servicios para los que trabajaba ayudaban a muy pocas personas a mejorar y mantener su mejoría.

Tras años intentando encontrar el modelo correcto basado en datos científicos, al final llegué a la conclusión de que (a excepción de algunos aspectos de los modelos psicoanalíticos y sistémicos) la mayoría de los modelos psicoterapéuticos no eran más que versiones sistematizadas de la «psicología popular» occidental: diversas variantes con algunas reglas y un lenguaje técnico para crear un aura de inteligencia, profesionalidad y rigor científico. Desde cuestionar los pensamientos disfuncionales hasta enfrentar los miedos, pasando por crear un espacio para la aceptación positiva e incondicional hasta la escucha dialógica, todo ello, expresado en términos más sencillos y cotidianos, son cosas que reconoceríamos en la cultura de la vida cotidiana.

Mi larga búsqueda del Santo Grial de los enfoques terapéuticos me condujo hasta una literatura académica que nunca se había abordado en todos mis años de formación. Todavía me resulta chocante que en mi especialización en psiquiatría y en la mayor parte de mi formación en psicoterapia apenas se mencionara este corpus de conocimiento científico o empírico. Encontré que en las publicaciones sobre las investigaciones en psicoterapia existía un animado debate entre los enfoques basados en modelos específicos y el paradigma de los «factores comunes». La literatura sobre los factores comunes recalca que los ingredientes del cambio se

encuentran en factores comunes a todas las modalidades de terapia (como una relación terapéutica de confianza) más que en la técnica psicoterapéutica específica que se utilice.

Lo primero que se desprende de las publicaciones sobre los factores comunes es que los aspectos externos a la terapia —es decir, los factores que tienen poco o nada que ver con lo que ocurre en una sesión de terapia— influyen mucho más en los resultados que los aspectos relacionados con el tratamiento. Se trata de toda la gama de cosas con las que la persona llega a la consulta: desde su historia personal hasta sus circunstancias sociales, económicas, laborales y relacionales, así como sus creencias sobre la terapia y el tratamiento. Dentro de la terapia, la alianza terapéutica (la calidad de la relación entre el paciente y el terapeuta, tal y como la juzga el paciente) es lo que tiene mayor influencia.[223]

Esto significa que los modelos utilizados tienen que facilitar la manera de conectar de manera genuina con las personas a las que atendemos. Estas conclusiones sobre la relación entre los modelos terapéuticos y su eficacia implican que no debe elegirse el modelo en función de cómo se etiqueta el problema, sino que los modelos que se elijan deben ser los que favorezcan una alianza terapéutica productiva.

Cada sesión terapéutica con una persona es un encuentro creativo y colaborativo con giros esperados e inesperados en el que es importante actuar con curiosidad, lidiar con la ansiedad propia como terapeuta y procurar no imponer la fantasía de héroe o salvador en la relación con el paciente. El encuentro terapéutico se basa en la creación de un espacio físico y mental en el que el terapeuta pueda sostener el malestar y el dolor. Esto no significa que las sesiones

tengan que ser pesimistas. Algunas de las intervenciones más eficaces han sido aquellas en las que no he intentado resolver el dolor emocional, sino ayudar a las personas a permanecer, aceptar y, por lo tanto, ver aspectos de su vida más allá del dolor que experimentan. Me parece que la terapia industrializada corre el peligro de mecanizar las emociones a través del razonamiento y de la apelación a la dimensión racional del paciente. Cuando esto no funciona, existe el riesgo de que se culpe al paciente, a menudo de forma involuntaria, de ser demasiado estúpido, no cooperador, obstinado o de estar enfermo.

En 2007 asistí a un curso de formación con dos psicólogos y psicoterapeutas estadounidenses (Barry Duncan y Scott Miller) que han desarrollado formas creativas de aplicar la perspectiva de los factores comunes.[224] A raíz de ello, junto con algunos colegas, desarrollé un proyecto en nuestro servicio de salud mental para niños y adolescentes. Se trataba de un enfoque sistémico basado en un modelo de *feedback* en vez de en la vía del diagnóstico y el tratamiento. Durante varios años, gestionamos con éxito un servicio desarrollado en torno a la perspectiva de los factores comunes que ganó varios premios nacionales. Recogimos algunas de nuestras experiencias en un artículo[225] y en un libro.[226]

Nuestro proyecto finalizó en abril de 2016 tras la implantación de un nuevo modelo nacional de salud mental para la infancia y la adolescencia en los servicios de Inglaterra y Gales. Este nuevo modelo nos hizo regresar a la vía del diagnóstico con el requisito de que los servicios implementaran las «vías de tratamiento». Por ejemplo, si alguien recibe el diagnóstico «depresión», debe seguir la

vía de la depresión, que empieza con terapia cognitivo-conductual y, si no mejora, se añade un antidepresivo, y así sucesivamente.

En octubre de 2015 se publicó un informe sobre los resultados de los nueve centros piloto de este nuevo modelo nacional. El informe consta de setenta y siete páginas y describe todo tipo de logros maravillosos, desde la reducción del número de días entre la derivación y la evaluación hasta el número de personas formadas en las modalidades terapéuticas recomendadas. En la página 57 hay una tabla que detalla las tasas de mejora en las diferentes modalidades de tratamiento. De acuerdo con las valoraciones de los niños, estas tasas oscilaron entre el 31 por ciento (para la depresión) y el 10 por ciento (para la ansiedad por separación). Las valoraciones de los padres sobre la mejoría de sus hijos oscilaron entre el 20 por ciento (para la fobia social) y el 6 por ciento (para la ansiedad por separación).[227]

Muy a menudo parece que los responsables políticos diseñan los servicios en función de la ideología de quienes ostentan el poder en vez de basarse en los datos.

Para unos pocos, no para muchos

Muchas críticas a los modelos de salud mental tienden a establecer una distinción entre la farmacoterapia y la psicoterapia. A menudo se escucha el tópico de que la farmacoterapia es mala y la psicoterapia es buena. Según esta forma de pensar, lo que se pide es que se reduzca la dependencia de la medicación y se aumente la oferta de terapia. La queja a las autoridades es que no se financian suficientes

servicios de terapia y, en consecuencia, los pacientes reciben medicación en vez de la terapia que necesitan. En este libro he argumentado que los problemas son más profundos. Cualquier modelo que pretenda contar con un método técnico para corregir, curar o mejorar los «síntomas» y que utilice un diagnóstico psiquiátrico como punto de partida compartirá los problemas que he expuesto hasta ahora. En este capítulo explico por qué las críticas que expongo se extienden también al ámbito de la terapia.

Como ya he comentado, la replicación de los resultados es uno de los rasgos distintivos de la metodología científica. Es una protección contra lo que se conoce como «falsos positivos», que es lo que ocurre cuando los investigadores anuncian un resultado que otros equipos de investigación no logran repetir, lo que indica que es poco probable que el resultado original sea cierto. El entusiasmo de los medios de comunicación por este o aquel estudio está lleno de falsos positivos y de vacío informativo sobre otros estudios que no logran replicar el nuevo y seductor hallazgo.

La psicología se enfrenta a la misma crisis de replicación que la psiquiatría. Muchos estudios en psicología —incluidos los más famosos y citados— no pueden replicarse adecuadamente. Según una amplia revisión, solo se llega a reproducir un tercio de los estudios psicológicos publicados en las principales revistas de psicología.[228] Uno de los problemas más comunes en las investigaciones psicológicas es el sesgo de las poblaciones estudiadas. Casi todas ellas se realizan en el mundo desarrollado (Europa, Norteamérica o Australasia). Incluso en estos lugares, ciertas poblaciones de entornos controlados, como los universitarios,

representan una proporción elevada de los participantes de los estudios.

Este sesgo poblacional de los estudios significa que lo que denominamos «psicología» es, en realidad, la psicología de las sociedades occidentales y, en gran medida, de personas con un nivel educativo alto. La psicología de quienes viven en una favela de Río de Janeiro presentará diferencias importantes respecto a la población predominantemente blanca de clase media de un barrio londinense, que también presentará diferencias significativas comparadas con la de otro barrio de Londres donde resida un gran número de inmigrantes paquistaníes.

La psicología se basa en la subjetividad y no puede escapar de ella. Aunque hay aspectos más mecánicos (por ejemplo, los reflejos, la percepción y el control motor) que pueden ser más susceptibles de ser investigados por las ciencias naturales, la mayor parte de nuestra psique existe en un espacio subjetivo al que no podemos acceder con métodos puramente objetivos. La investigación que trata de establecer leyes psicológicas elusivas me interesa menos que la que reconoce e investiga nuestras diferencias. Estas diferencias surgen de las múltiples fuentes de subjetividad que pueden afectarnos, como nuestra historia particular, las creencias culturales a las que estamos expuestos y la naturaleza del sistema socioeconómico con el que debemos interactuar.

Un importante factor diferenciador que señalan los sociólogos y antropólogos son las distintas perspectivas del yo y de las relaciones que fomentan los enfoques colectivistas frente a los individualistas. Algunos estudios clásicos han descrito grandes diferencias en la forma en que los japoneses y los estadounidenses tienden a percibir

el mundo, como la observación de que cuando se pide a los participantes estadounidenses de un estudio que fotografíen a una persona suelen tomar un primer plano mostrando los rasgos faciales, mientras que los japoneses tienden a retratar a la persona en su entorno, con la figura humana mucho más pequeña.[229] Esto puede deberse a que los estadounidenses son más propensos a fijarse en un objeto concreto para analizar sus características y clasificarlo, mientras que los japoneses tienden a prestar atención a un campo perceptivo y conceptual más amplio, fijándose en las relaciones y agrupando los objetos en función de sus similitudes generales y no tanto de su pertenencia a cierta categoría. Por supuesto, estos estudios solo pueden mostrar una instantánea en el tiempo (¡literalmente!). En esta era globalizada, las influencias culturales evolucionan continuamente y, en consecuencia, así lo hace nuestra psicología.

Por lo tanto, la mayor parte de la psicología no puede reducirse a características universales y fácilmente cuantificables que puedan medirse con una mirada neutral y objetiva. Lo único que podemos medir con métodos empíricos son los factores externos (las diversas asociaciones ambientales que los sociólogos podrían estudiar) y los factores internos de la persona (los niveles de funcionamiento en diversas esferas). El empirismo no revela lo que ocurre entre los factores externos e internos. No es posible comprender bien lo que ocurre en la mente a través de la obtención de neuroimágenes ni mediante pruebas complejas que deben resolverse. La trama de una serie de televisión no se descubrirá examinando el *hardware* del televisor en busca de patrones de actividad de corriente eléctrica. No podemos medir el significado. La psicología no es más que una rama

de la filosofía que expone una visión particular de la mente occidental.

La reina de las marcas

Existen más de quinientas formas distintas de terapia documentadas, y cada año aparecen nuevas. Esta proliferación de modelos no ha redundado en mejores resultados. Los estudios demuestran que la psicoterapia es menos eficaz para las personas pobres, las pertenecientes a minorías o las que toman antidepresivos.[230]

Esta cuestión se ha visto afectada no tanto por una crisis de replicabilidad, sino más bien por la constatación repetida de una falta de progreso. No hay nada en la terapia que parezca mejorar. Los estudios comparativos para comprobar la eficacia de las terapias empezaron a utilizar el tipo de metodologías que solían usarse en la investigación en los años setenta. Los estudios realizados desde entonces con diferentes modalidades terapéuticas no han observado mejores tasas de recuperación a partir del tratamiento. Algunas comparaciones llegan incluso a indicar que los resultados de la terapia en los estudios han empeorado ligeramente con el tiempo.[231]

Así pues, desde el punto de vista técnico, como ocurre con los tratamientos físicos, no hay pruebas de que la proliferación de técnicas psicológicas para tratar los trastornos mentales se haya traducido en mejores resultados para los pacientes. En la mayoría de los ámbitos de la salud es posible observar una mejora gradual, y a

veces repentina, de los resultados clínicos. Las tasas de supervivencia tras un infarto de miocardio han ido aumentando gracias a un mejor conocimiento de la fisiología, lo que ha dado lugar a mejores tratamientos. Los años medios de supervivencia han mejorado para la mayoría de los cánceres y los programas de vacunación han reducido la prevalencia y la letalidad de muchas enfermedades. Eso es lo que ocurre cuando los aspectos técnicos de la asistencia son fundamentales para los resultados. Como ya he mencionado, esto se debe a que es posible construir una base de conocimientos técnicos, ya que lo que constituye un «caso» tiene anclajes empíricos.

Las terapias se han apoyado en los paradigmas psiquiátricos, presentándose a sí mismas como tratamientos específicos para diagnósticos concretos. Pero, como ya se ha mencionado, esta «guerra de marcas» no ha revelado que ninguna psicoterapia sea superior a las demás. Además, se ha demostrado que los factores comunes son mucho más importantes que los ingredientes específicos de la terapia.

Esto no ha impedido que se siga afirmando la superioridad de ciertas marcas.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha erigido como la gran reina de las psicoterapias. Suele presentarse como el tratamiento de elección para muchos trastornos y ocupa el primer lugar en la mayoría de los tratamientos psicológicos. Sin embargo, cuando se realizan estudios debidamente controlados y se la compara con otros tipos de terapia (como la psicodinámica o la interpersonal), los resultados no son ni mejores ni peores. Además, varios estudios han demostrado que se puede prescindir de la mayoría de las técnicas

específicas de la TCC sin que ello afecte a los resultados. En otras palabras, si se elimina cualquier característica del modelo estándar de la TCC (por ejemplo, el requisito de realizar determinados tipos de tareas entre sesiones), se obtienen los mismos resultados que si se hubieran incluido.[232]

Su popularidad se debe al fenómeno de «yo tengo más que tú» en cuanto al volumen de publicaciones, la atención profesional y mediática y los cursos de formación. Esto ha proporcionado a la TCC una gran visibilidad como marca. Ya en la década de 1970 empezó a ganar terreno, desplazando al enfoque psicoanalítico, hasta entonces más reconocido y afianzado. Por su énfasis en los patrones de pensamiento, era más fácil de investigar (mediante cuestionarios). Los primeros investigadores de la TCC desarrollaron muchos de los cuestionarios que aún se utilizan y que se basan en los síntomas para investigar la respuesta de los trastornos psiquiátricos al tratamiento. La TCC es la marca de psicoterapia dominante debido al perfil de la marca, no a la ciencia.

Según una revisión global de 2022 de las investigaciones sobre los resultados en todas las presentaciones psiquiátricas, y tras más de medio siglo de investigación y miles de ensayos terapéuticos, el grado de mejora de los trastornos mentales a partir de las psicoterapias y farmacoterapias es escaso, lo que indica la existencia de lo que los autores denominan un «efecto techo» para el tratamiento. Nada es mejor que nada, nada mejora con el tiempo y los efectos del tratamiento en el mundo real siguen siendo decepcionantemente reducidos.[233]

Aunque según algunos estudios los resultados de la terapia en algunos entornos clínicos son equiparables a los de los proyectos de

investigación, la mayoría no lo han constatado. Los estudios que han evaluado los resultados de los pacientes que acceden a los tratamientos de los servicios de salud mental estándar —y que, por lo tanto, se verán sometidos a la comentada tendencia a la medicalización— han descubierto que sus resultados son realmente muy deficientes. El panorama inaceptable que surge cuando observamos a los pacientes que acuden a estos servicios es que solo entre el 15 y el 25 por ciento describe una mejoría clínica sostenida en el tiempo.[234]

En el ámbito de la salud mental de niños y adolescentes, algunos datos revelan diferencias aún mayores entre los resultados de las investigaciones y los de la práctica clínica: algunos estudios han determinado que ni siquiera existe una diferencia a corto plazo entre los pacientes con un grado similar de sufrimiento psicológico (según un cuestionario de valoración) que solicitan atención y los que no. Otros estudios indican que quienes permanecen más tiempo en los servicios de salud mental pueden tener peores resultados que quienes no lo hacen.[235]

El paradigma del diagnóstico seguido de una «vía de tratamiento» estandarizada no hace más que reproducir y arraigar la creencia de que disponemos de una tecnología que clasifica con precisión las dolencias de los pacientes y que esto nos permitirá saber qué remedio específico funcionará. Este modelo quirúrgico es el que domina y el que convierte a las personas en receptores pasivos de una fantasía de intervención experta. Cuando digo «quirúrgico» lo que quiero decir es que los factores humanos, como una buena alianza entre el paciente y el terapeuta, son la anestesia que hace que el paciente caiga bajo el hechizo del terapeuta para que pueda

«penetrar» con la marca terapéutica adecuada y extirpar o manipular los pensamientos o sentimientos disfuncionales. Este tipo de desempoderamiento suele crear pacientes a largo plazo.

Terapia industrializada

Como respuesta a esta idea de la necesidad de ofrecer más terapia para mejorar los resultados en salud mental, algunos gobiernos se han propuesto ampliar la prestación de los servicios psicoterapéuticos.

En 2007, el gobierno del Reino Unido se embarcó en un proyecto de este tipo para ofrecer mejor apoyo a las personas con trastornos como la ansiedad y la depresión. El proyecto, denominado Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas (IAPT, por sus siglas en inglés), preveía incrementar de manera radical el acceso a las terapias de conversación, con el objetivo de reducir los tiempos de espera y permitir la recuperación de más personas con problemas comunes de salud mental. El proyecto IAPT (ahora rebautizado como «Programa de Terapias Habladas del NHS») ha tenido mucho éxito y se ha ido expandiendo año tras año, pasando de unas 880.000 derivaciones en 2011 a 1,8 millones en 2023.[236] Sin embargo, desde el principio el IAPT ha traído consigo numerosos problemas relacionados tanto con la ideología como con los resultados. Pese a su desigual reputación, su continua expansión no ha mermado.

El IAPT comete el mismo error de otorgar mayor valor a los aspectos de la técnica que a los humanos. De este modo, algunas

terapias, en particular la TCC, se han convertido en fetiches y constituyen la mayor parte de lo que se ofrece en el marco del IAPT, que sigue una vía de diagnóstico estándar, principalmente para la «depresión» y la «ansiedad».

Los orígenes del IAPT son políticos. El economista lord Layard recibió el encargo de elaborar un informe sobre cómo afecta la salud mental a la economía. Llegó a la conclusión de que los trastornos comunes como la ansiedad y la depresión provocan una pérdida significativa de productividad debido a los días perdidos por enfermedad. Layard creía que ampliar el acceso a la terapia para estos trastornos haría que más personas volvieran al trabajo, lo que se traduciría en un aumento de la productividad nacional, amortizando así con creces la considerable inversión del gobierno en un servicio terapéutico.

De este modo, algunos de los problemas de la economía podrían desaparecer por arte de magia si se trataba a los enfermos, como si la ansiedad y la depresión fueran como cualquier otra enfermedad y pudieran atajarse aplicando el tratamiento correcto. Cualesquiera que sean los orígenes sociales del malestar psicológico de muchas personas (por ejemplo, una vivienda inadecuada o la inseguridad laboral crónica), este se convierte ahora en una enfermedad individual que debe remediarse manipulando la mente trastornada.

Es comprensible que a los políticos avispados les guste este enfoque. Muestra preocupación y empatía y, al mismo tiempo, desplaza la atención de la transformación social a la rehabilitación individual. La política pasa de ocuparse del espacio sociopolítico, donde el problema es público y colectivo, al espacio mental, donde el problema es privado e individual.[237]

El resultado es una estrategia invertida para mejorar el bienestar; tal como opinaba lord Layard, en el Reino Unido las enfermedades mentales han tomado el relevo del desempleo como nuestro mayor problema social. Con gran fanfarria, se implementó el IAPT y el Reino Unido se jactó de ser el primer país del mundo en tomarse en serio la idea de un acceso público generalizado y gratuito a las terapias de conversación.

El NHS se propuso alcanzar una tasa de recuperación del 50 por ciento para las personas que se sometían a tratamiento y, milagrosamente, la tasa media de recuperación en 2021/2022 fue del 50,2 por ciento (aunque, según sus propias cifras, la recuperación del grupo con el 10 por ciento de ingresos más bajo fue del 42 por ciento).

Estas cifras no cuentan toda la historia. La primera evaluación independiente de los centros piloto iniciales del IAPT encontró pocas diferencias entre los centros del IAPT y los servicios de comparación, pero los tratamientos del IAPT habían costado más por paciente que los proporcionados en distritos vecinos.[238] Las tasas de recuperación publicadas ocultan asimismo el desánimo de los profesionales, la baja satisfacción de los pacientes, la gestión agresiva orientada a objetivos y las altas tasas de abandono.[239] Pero la situación podría ser incluso peor.

Un artículo publicado en 2018 describió una evaluación detallada de noventa pacientes que habían sido dados de alta después de haber sido atendidos por el IAPT, lo que permitió comparar los datos del IAPT para estos pacientes con otros indicadores. Los datos de IAPT afirmaban que el 44 por ciento de estos pacientes estaban «progresando en su proceso de recuperación». Los datos de los

médicos de familia locales revelaron una tasa de recuperación del 23 por ciento en este grupo, mientras que en el propio estudio de los autores se describe que solo el 9,2 por ciento de estos clientes que finalizaron su terapia a través del IAPT podían considerarse recuperados, basándose en una entrevista semiestructurada y estandarizada más exhaustiva. También se documentaron los relatos de los pacientes sobre su interacción con el IAPT, que corroboraban la impresión de que los tratamientos ofrecidos apenas mejoraron sus problemas en la vida real.[240]

Al igual que otros servicios de salud mental convencionales, el IAPT no consigue mejorar los resultados clínicos.

¿Habrá contribuido quizá a reducir el uso de la medicación, al proporcionar un mejor acceso a las terapias de conversación? De nuevo, la respuesta es «no». Las prescripciones de antidepresivos han seguido aumentando y hay pocas pruebas de que la introducción del IAPT haya tenido un impacto significativo en estas pautas. En los años transcurridos desde la implementación del IAPT en el Reino Unido, las prescripciones de antidepresivos han aumentado de manera constante. El acceso al IAPT no influye en la tasa de prescripción de antidepresivos. La posibilidad de acceder a los servicios del IAPT no tiene ningún efecto en el continuo aumento de las tasas de prescripción de antidepresivos.[241] Entre 2016 y 2022, la prescripción de antidepresivos aumentó un 34,8 por ciento; en 2022 se recetaron antidepresivos al menos una vez al 14,7 por ciento de la población de Inglaterra.[242] Es probable que a muchas de las personas derivadas al IAPT se les acabe recetando un antidepresivo después de haber obtenido un beneficio mínimo, lo que significa que uno de los resultados del IAPT puede ser

simplemente la ampliación del grupo de personas diagnosticadas con un trastorno mental.

La versión del IAPT introducida en los servicios de salud mental para niños y adolescentes en Inglaterra y Gales en 2016 no tuvo mejores resultados,[243] a pesar de los comprensibles intentos de los creadores del programa de defender lo contrario.[244] Expandir el acceso de la psicoterapia a las «masas» se ha convertido en una pieza más del engranaje del CISM en expansión.

Psicología popular occidental

Las terapias más utilizadas no son más que versiones de la psicología popular occidental.

Tomemos como ejemplo la reina de las terapias, la TCC. Si se busca en Google «terapia cognitivo-conductual» aparecen algunas explicaciones sofisticadas, como que la TCC ayuda a establecer conexiones entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento, o que ayuda a los pacientes a desarrollar cogniciones y conductas más adaptativas; en ocasiones, la explicación más atractiva de que «reprograma» la forma de pensar y, por tanto, de sentir y comportarse. Básicamente, la TCC se centra en los patrones de pensamiento. Se anima a los pacientes a analizar cómo influye su manera de pensar en sus emociones y después en su conducta. Trata de encontrar pensamientos «disfuncionales» que pueden hacer que el paciente se sienta peor y se comporte de un modo que no le ayude a mejorar. Cuando uno está deprimido, piensa en lo mal que va todo, se fija en aquello que no funciona e

interpreta la mayoría de las situaciones de manera negativa, lo que confirma su desánimo; en consecuencia, se siente desesperanzado y, por ello, no hace cosas que podrían ayudarle a sentirse mejor, como salir y quedar con los amigos.

Si eliminamos todo ese lenguaje que suena a científico y los rituales, se reduce a «deja de pensar solo en lo negativo». Además, la TCC considera las emociones como algo sospechoso y fomenta un enfoque racional o lógico para controlarlas y gestionarlas. A través de la mejora del pensamiento y de la lógica, se recupera el control de esas fastidiosas emociones irracionales. Este enfoque, que sitúa a la lógica por encima de las emociones, es fundamental en una corriente dominante de la filosofía occidental posterior a la Ilustración. También tiene un sabor empresarial, en la medida en que analiza los componentes del problema (los pensamientos) y utiliza la lógica para aplicar un razonamiento mejor a la situación.

Ahora bien, no hay nada malo *per se* en la TCC. Como ya he dicho, los datos demuestran que no es ni mejor ni peor que otras terapias. Sin embargo, no es más que una forma «adornada» del sentido común occidental, sobre todo del sentido común en la gestión empresarial.

Tomemos otro ejemplo popular: la terapia conductual (TC). Como en la TCC, existen modalidades para la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Si se tiene fobia a los perros, por ejemplo, se pueden utilizar dos formas de terapia conductual. Una se denomina «desensibilización gradual» y consiste en exponer gradualmente a la persona a experiencias relacionadas con perros. Se podría empezar con imágenes, luego con perros de juguete, luego mirando a un perro a distancia, luego más de cerca, hasta llegar a acariciar por

primera vez a un perrito manso. Y así sucesivamente. En cada paso del tratamiento la persona se acerca más y más al objeto temido, para que se vaya habituando poco a poco. El otro enfoque se denomina «inundación». Aquí se enfrenta la situación de golpe, exponiendo a la persona al objeto temido (en este caso, un perro) y ayudándola a permanecer cerca del perro durante el tiempo necesario para que el miedo disminuya. Dicho de otro modo, la terapia conductual es un tratamiento que no es más profundo que la frase común de «plántales cara a tus miedos».

El *counselling* implica una escucha empática. Muchas terapias parten de la idea de una catarsis, una extensión del confesionario. Se suele decir que «un problema compartido es un problema reducido a la mitad». Soy plenamente consciente del valor de tener a alguien con quien hablar fuera del círculo social de la persona, pero no hay ninguna gran innovación técnica detrás de eso. Reducidas a lo esencial, nuestras terapias más utilizadas no contienen nada especial. Por eso, no es de extrañar que en estos tiempos de terapias implementadas a gran escala no veamos ningún avance radical en los resultados.

Esto me lleva al *mindfulness,* o «atención plena», que ahora encontramos por todas partes: en escuelas, terapias, servicios de salud mental, gimnasios, proyectos de bienestar psicológico en entornos laborales, etc. Muchos piensan que se trata de un enfoque psicoterapéutico procedente de la filosofía oriental, no de la occidental. En la práctica del *mindfulness* se anima a la persona a centrarse en atender plenamente al aquí y ahora, y a poner freno a los pensamientos. Sus defensores afirman que se ha investigado y que se ha demostrado que es eficaz y revolucionario.

Cualquier cosa que ofrezca éxito en nuestra sociedad injusta sin intentar cambiarla está lejos de ser revolucionaria. Puede ayudar a algunas personas a afrontar un problema, pero también podría empeorar involuntariamente las cosas para otras (como he explicado en el último capítulo sobre los niños en las escuelas). El *mindfulness* otorga de manera implícita un peso desproporcionado a las causas internas del sufrimiento y se une así al mercado de productos para arreglar la mente, alimentando a la bestia que nos implora que aceptemos que somos disfuncionales por nuestra manera de reaccionar a las circunstancias.

No es que la práctica del *mindfulness* no pueda ayudar a alguien. Desconectar de la rumiación mental puede contribuir a reducir el estrés y permitir que las personas se sientan más tranquilas y, potencialmente, más amables. Sin embargo, en el *mindfulness* vemos lo que ocurre cuando se expropian ideas procedentes de otra cultura. Esta técnica deriva de la práctica espiritual oriental, especialmente del budismo. Sin embargo, se la ha despojado de las enseñanzas sobre ética, filosofía y espiritualidad. El objetivo original de la práctica espiritual oriental es disolver el apego a un falso sentido del yo y adquirir conciencia de la unidad y de la interconexión de todas las cosas. La meditación no es más que un componente de un conjunto de prácticas cuyo objetivo es reducir el ego y restar importancia a lo individual. Enseña humildad, no amor propio.

En su forma terapéutica occidental, el *mindfulness* se ha desligado de sus orígenes, se ha etiquetado como una marca comercial y se ha presentado como una forma «McDonaldizada», simple y fácil de digerir. De este modo, se ha convertido en un producto comercial

que promete al consumidor que le hará sentirse mejor. De esta forma, se consume para alimentar el ego y mejorar el autocuidado del individuo.

Se supone que al practicar el *mindfulness* la libertad individual reside en la «conciencia pura», sin las distracciones de las influencias contaminantes externas. Basta con cerrar los ojos y observar la respiración. Al retirarse a la esfera privada, el *mindfulness* se convierte en una religión del yo. En lugar del ideal holístico de ampliar nuestro sentido de conexión con el mundo en el que estamos inmersos, esta versión occidental perpetúa un paradigma de la psicología popular de Occidente al centrarse en el individuo autosuficiente en un mundo despolitizado.

El término «McMindfulness» fue acuñado por Miles Neale, profesor y terapeuta budista, que describió una voracidad frenética de prácticas espirituales que proporcionasen nutrición inmediata pero no sustento a largo plazo. La espiritualidad individualista que promueve conecta perfectamente con la agenda capitalista de la privatización, especialmente cuando se presenta con el lenguaje exclusivo y místico utilizado en la literatura sobre *mindfulness*. Así, se convierte en una herramienta para domesticar a los trabajadores infelices y convencerlos de que su sufrimiento proviene de su interior, y no de un contexto y un sistema que lo provocan.[245]

De acuerdo con las investigaciones, ¿es el *mindfulness* mejor que otras terapias o favorece mejores resultados si se añade como complemento de otras terapias (como la TCC)? No y no.[246]

La psiquiatría y la psicología son ramas de la filosofía

La filosofía se define como el estudio de las cuestiones generales y fundamentales sobre la existencia, el conocimiento, los valores, la razón, la mente y el lenguaje. ¿No es una definición bastante ajustada de lo que hacemos los que trabajamos en el campo de la salud mental cuando atendemos a una persona que experimenta sufrimiento psicológico o cambios de conducta? Como no disponemos de avances técnicos que nos permitan ver cómo funciona la mente y, por tanto, no podemos captar de forma empírica nada de lo que ocurre entre el estímulo (del entorno) y la respuesta (nuestro comportamiento y funcionamiento), solo nos quedan las interpretaciones. Solo contamos con marcos de creación de significados. Por lo tanto, creo que la forma más adecuada de pensar en lo que hacemos como profesionales de la salud mental es que actuamos a modo de guías filosóficos.

Los sistemas filosóficos que solemos utilizar, como la TCC, el modelo médico y el *mindfulness*, son adaptaciones de las psicologías populares occidentales y contienen muchas de sus premisas, como el individualismo, la racionalización, la desconfianza hacia las emociones y la necesidad de controlarlas. Esta manera de ver las cosas condiciona las investigaciones que realizamos y las terapias que ofrecemos, integradas a la perfección en una economía de mercado basada en las mercancías.

Hablo de la mayoría de las psicoterapias. No todos los sistemas filosóficos que utilizamos terapéuticamente se ajustan a las versiones «McDonaldizadas» que he descrito.

Los enfoques psicoanalíticos han profundizado en la psique humana, sacando a la luz los grandes dramas que tienen lugar en un universo que trasciende nuestra percepción consciente cotidiana. El

pensamiento psicoanalítico ha influido en nuestra cultura, sensibilizándonos ante las capas de significado que pueden desplegarse a medida que nuestro yo instintivo animal choca con las restricciones impuestas por nuestra civilización, a menudo a través de quienes se encargan de cuidarnos, lo que genera conflictos y tensiones internas.

Estas capas profundas de significado se revelan a través de nuestro lenguaje, los sueños nocturnos, las fantasías diurnas y los *lapsus linguae*. Las primeras relaciones en la infancia y nuestras interpretaciones de ellas crean un «plano» que va más allá de nuestra conciencia cotidiana, pero que más tarde estructura nuestros sentimientos hacia los demás y, por tanto, nuestros pensamientos y comportamientos. La terapia implica una profunda toma de conciencia de cómo estos dramas interpersonales presentes desde la infancia se repiten en las relaciones posteriores, incluida la relación con el terapeuta. Como modelo filosófico, el trabajo es lento, viene salpicado posiblemente por epifanías (muchas de ellas quizá falsas) e implica «elaborar» estos conflictos para desarrollar una mejor comprensión que favorezca relaciones más sólidas. Algo que podría cuestionarse a algunos psicoanalistas es que ellos, como todo el mundo, no tienen un acceso especial al funcionamiento interno de la mente. Se trata de una filosofía como cualquier otra, aunque más interesante que las versiones de la psicología popular occidental.

El otro ámbito teórico que ha ido más allá de la psicología popular es la filosofía sistémica. Las teorías sistémicas, que empezaron a desarrollarse a finales de la década de 1950 y estuvieron influidas por la antropología, situaban al sujeto humano dentro de un nexo de relaciones interconectadas en familias, comunidades y sociedades.

Bajo la influencia de diversas corrientes filosóficas, como el construccionismo social, el marxismo y el posmodernismo, impulsaron varios modelos terapéuticos que tenían en cuenta la influencia del poder, el género, la raza, la sexualidad y la política en general.

Las teorías sistémicas sostenían que los sistemas de conocimiento que utilizamos son relativos y surgen de quienes ostentan el poder en cualquier sociedad para influir en las narrativas sociales predominantes. Según estas teorías, nuestra conciencia, e incluso nuestro «sentido común», es producto de las circunstancias sociales y personales, que van desde la familia hasta las historias y costumbres de las comunidades más amplias a las que pertenecemos. Esto significa que tenemos formas finitas de dar sentido a nuestras experiencias, utilizando las historias que nos proporcionan nuestras familias y la cultura en general como vehículos para la creación de significado.

Esta postura filosófica armoniza profundamente con mi visión de las cosas, con mi comprensión de los fundamentos científicos y con una ética que me parece humana y capaz de aceptar la diferencia. Desde este punto de vista, el enfoque del tratamiento puede implicar ayudar a los pacientes a ir más allá de un modelo consumista basado en cuidar o remediar que puede atraparlos sin querer en su condición de pacientes. También sensibiliza a los profesionales para que ayuden a los pacientes a ubicar los problemas fuera de ellos y fomenta la implicación de una red social que colabore en la recuperación.

No tengo pruebas de que ninguna de mis filosofías preferidas conduzca a mejores resultados que otras. Desgraciadamente, la

teoría sistémica ha derivado en la marca «terapia familiar» o «terapia sistémica», y en formaciones específicas que producen «terapeutas familiares» que luego abren clínicas de terapia familiar. A los pacientes se les ofrece entonces la terapia familiar como una marca, del mismo modo que se les ofrece la TCC. En las investigaciones, la marca «terapia familiar» no ha obtenido mejores ni peores resultados que otras marcas de terapia.

Una economía de mercado necesita ventas continuas para mantenerse. Necesita que los consumidores se sientan un poco mejor, pero no de forma continua, para que vuelvan a por más. Las terapias populares occidentales cumplen bien esta función. El mercado de los medicamentos, las psicoterapias y los productos para el bienestar sigue creciendo sin que haya pruebas de que la salud mental de toda la población mejore como consecuencia de ello. Esto es perfecto para obtener beneficios. Es el territorio del CISM.

11

El complejo industrial de la salud mental (CISM)

> Me estoy quedando sin serotonina. Un desequilibrio químico me hace distorsionar las cosas. Me estabilizo con medicinas.
>
> De la canción «Serotonin», de Girl in Red

Los siguientes ejemplos ilustran el tipo de conversaciones que tienen lugar hoy en día en las consultas, y que no recuerdo que se produjeran en mis primeros años como psiquiatra de niños y adolescentes.

La madre de Sam, un chico de catorce años: «Creo que Sam necesita medicación. Estoy casi segura de que tiene algún tipo de desequilibrio químico. Yo tomo un antidepresivo y su padre también. Probablemente se trata de algo genético. Eso es lo que necesita». «Es cierto, yo siento claramente cómo disminuyen esas sustancias químicas en mi cerebro —dice Sam—. Lo noto cuando empiezo a deprimirme de nuevo».

La madre de Lucy, una adolescente de dieciséis años: «Necesita controlar sus estados de ánimo. En un momento puede estar eufórica, riéndose y bromeando, y minutos después se viene abajo, se va a su habitación y se pasa el resto del día de mal humor». «Yo lo he buscado —dice Lucy—. Estoy segura de que tengo un trastorno

bipolar y necesito un "estabilizador del estado de ánimo". Mis amigos toman medicación y se sorprenden cuando les digo que no me han recetado nada».

El padre de Jack, un chico de quince años: «Lo que quisiéramos averiguar es si sus conductas de comprobación se deben a su autismo o a que tiene un TOC. ¿O es que solo está estresado?».

La madre de Jade, una joven de diecisiete años: «Sé que tiene autismo, TDAH, depresión y ansiedad, pero creo que eso no es todo. Le pasa algo más. Algo más profundo. Quizá tenga algún tipo de trastorno de la personalidad».

Escenario típico de discusión de casos en equipo: «Se mostró renuente a interactuar. Creo que puede presentar alguna neurodiversidad, tal vez algún rasgo autista o incluso autismo».

En una sesión de formación con médicos de familia les pregunto qué les dicen a los pacientes cuando se plantean recetarles un antidepresivo. La mayoría responden que les explican que tienen una concentración baja de serotonina y que la medicación hará que esta aumente y se sentirán mejor. Ninguno de ellos alude al hecho de que los antidepresivos pueden crear dependencia. Cuando doy clases a estudiantes de psiquiatría, encuentro una respuesta similar.

Un médico inmigrante que realizó su especialización fuera del Reino Unido fue derivado al servicio regional de apoyo a médicos residentes tras haber suspendido en varias ocasiones el examen de ingreso al Royal College of Psychiatrists. Le diagnosticaron «dificultades específicas del aprendizaje». Más tarde he sabido de otros médicos que recibieron una etiqueta similar y de un número cada vez mayor de médicos a los que se les diagnostica TDAH y se consideran «neurodivergentes».

Un folleto informativo para pacientes sobre los «antidepresivos», elaborado por un centro de salud mental del NHS británico y que me fue entregado de manera anónima, explicaba: «A veces hacen falta semanas, meses o incluso años para encontrar el medicamento idóneo y la dosis adecuada para ti. Imagínalo como si fuera una cita romántica. Algunos pueden hacer que sientas náuseas o darte sueño; otros son geniales al principio, pero su efecto se desvanece con el tiempo; otros quizá no parezcan gran cosa al comienzo, pero luego terminan gustándote. Entonces es posible que hayas encontrado el que hará que te sientas bien a largo plazo. Así que no pierdas la esperanza si el primero no funciona».

Si se hace una búsqueda en Google sobre las causas de la depresión se encontrará que la mayoría de los sitios web, sobre todo los estadounidenses, hablan de neurotransmisores y de diferencias cerebrales. Dan a entender que los antidepresivos actúan mejorando las concentraciones anormalmente bajas de ciertas sustancias químicas: «La concentración baja de serotonina se asocia con la depresión. Los antidepresivos más utilizados, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), aumentan las concentraciones de serotonina en el cerebro».[247]

Estoy escribiendo estos párrafos en 2024. La teoría del desequilibrio químico y la creencia en una cura química siguen vigentes y prosperando.

Ahora estamos adentrándonos más seriamente en los lodazales turbios de nuestros sistemas políticos. Hemos visto cuán escasas son en nuestras sociedades las pruebas que respaldan las formas dominantes en las que se habla de la salud mental y de las

enfermedades mentales. Por tanto, es hora de meterse de lleno en el fango y abordar las fuerzas que conforman nuestra comprensión de la vida mental y su relación con el funcionamiento de la economía. En los próximos capítulos me ocuparé de la salud mental como parte de un sistema económico, del papel que desempeña la salud mental en el cambio del discurso político frente a las guerras identitarias y culturales, del modelo capitalista de lo que significa ser humano, y de la naturaleza racista y colonial del CISM. En este capítulo analizaré algunos de los factores sociales (como el mito del desequilibrio químico) que han permitido que se difundan y popularicen las ideas dominantes que tenemos sobre lo que es un trastorno o una enfermedad mental.

El mito del desequilibrio químico

En su libro de 2007, *The Myth of the Chemical Cure* [«El mito de la cura química»], la profesora de psiquiatría Joanna Moncrieff examina la expansión del consumo de los medicamentos psiquiátricos. Analiza los estudios publicados y describe la manera en que la ciencia sesgada y el *marketing* agresivo han dado lugar a un notable aumento de la prescripción de psicofármacos, pese a la ausencia de pruebas de que esto haya producido beneficios sostenidos. Un mecanismo que lo ha permitido es la creación y posterior popularización de la idea de que los psicofármacos funcionan corrigiendo un desequilibrio químico: el «mito de la cura química». [248]

Moncrieff contrapone dos marcos usados para explicar las acciones de los psicofármacos. En el primero, el modelo «centrado en la enfermedad», se supone que los fármacos actúan sobre una enfermedad o una anomalía subyacente (es decir, corrigen un supuesto desequilibrio químico) y, por tanto, restablecen el funcionamiento normal. Este es el modelo que se ha divulgado. Llamar a los fármacos que utilizamos antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, etc., supone que actúan de una forma correctiva específica de la enfermedad.

Moncrieff examina cuidadosamente los datos científicos y llega a la conclusión de que no hay pruebas que apoyen que la depresión, la ansiedad o cualquier otro cuadro psiquiátrico común, incluida la psicosis, estén asociados con ninguna falta o exceso de un neurotransmisor. Por lo tanto, los medicamentos psiquiátricos no pueden corregir un desequilibrio inexistente. Sin embargo, es evidente que algo hacen y que influyen en cómo se siente la gente. Todos pueden producir síntomas fisiológicos de abstinencia si se dejan de tomar de golpe cuando se han consumido durante cierto tiempo, por lo que afectan de algún modo al sistema nervioso.

Al segundo marco, el que concuerda con los datos científicos, lo denomina modelo «centrado en el fármaco». Esto es lo que ocurre con todas las sustancias que afectan a los neurotransmisores del cerebro, ya sean recetadas por un médico o compradas con fines recreativos. Ejercen efectos psicoactivos genéricos (alteran la mente) en todas las personas, con independencia de si tienen o no un diagnóstico psiquiátrico. Estos efectos pueden interactuar con las experiencias de sufrimiento mental. Por ejemplo, los llamados fármacos antipsicóticos amortiguan los procesos de pensamiento y

las emociones porque tienen un efecto inhibidor generalizado sobre el sistema nervioso. Esto es lo que parece reducir los síntomas psicóticos, no la reversión selectiva de los desequilibrios químicos subyacentes.

Así como el alcohol puede causar cierta desinhibición social, tanto si se tiene ansiedad social como si no, los antidepresivos pueden producir cierto grado de embotamiento emocional (una especie de sensación de «me importa un comino») en quienes los toman, con independencia del diagnóstico. El hecho de llamar a los fármacos «antipsicóticos» o «antidepresivos» responde más al *marketing* que a razones científicas o terapéuticas. Los antipsicóticos deberían denominarse «neurolépticos» (inhibidores del sistema nervioso) y a los antidepresivos habría que clasificarlos por su subcategoría de acción (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina).

Sin embargo, en la vida cotidiana nos referimos a ellos como antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos o medicamentos contra el TDAH. Este es un signo inequívoco de que es el *marketing*, y no la ciencia, quien dicta los conceptos utilizados en la práctica y en el lenguaje que después se infiltran en la cultura. Las marcas psiquiátricas están listas para ser explotadas y generar beneficios económicos. Esa historia del desequilibrio químico es ideal para justificar la medicalización del estado de ánimo, del sufrimiento psicológico, de la diferencia y el tipo de inseguridades generalizadas que tantas personas sienten hoy en día.

La historia de la serotonina

Según las encuestas, entre el 85 y el 90 por ciento de la población de los países occidentales cree que la depresión está causada por un desequilibrio químico.[249] Esto se basa en la hipótesis de que la depresión se debe a la falta del neurotransmisor serotonina en el cerebro.

Los «antidepresivos» de la clase de los ISRS han reportado enormes beneficios a las empresas farmacéuticas. Se venden como correctores de la deficiencia de serotonina en el cerebro, un poco como la insulina para la diabetes. La teoría es incluso compatible con la causalidad psicosocial, al argumentar que el estrés hace que el cerebro consuma serotonina, lo que conduce a la depresión.

En los libros de texto y los artículos científicos, la idea de la concentración baja de serotonina está ampliamente difundida.[250] La Asociación de Psiquiatría Estadounidense sigue sosteniendo públicamente que «los desequilibrios de ciertas sustancias químicas del cerebro pueden contribuir a los síntomas de la depresión».[251]

Moncrieff regresó al tema del desequilibrio químico en 2022. Junto con varios colaboradores, escribió un importante artículo titulado «La teoría de la serotonina en la depresión: una revisión sistemática de los datos científicos». En esta revisión de todas las investigaciones publicadas hasta la fecha sobre la relación entre la concentración de serotonina en el cerebro y la depresión, llega a la conclusión de que «no hay pruebas sólidas de que exista una relación entre la serotonina y la depresión, y no puede respaldarse la hipótesis de que la depresión esté causada por una menor actividad o concentración de serotonina». Algunos estudios constatan la

posibilidad de que el uso prolongado de antidepresivos reduzca la concentración de serotonina.[252]

Dicho de otro modo, después de varias décadas de investigación, solo se ha demostrado que los antidepresivos pueden provocar, pero no corregir, el desequilibrio de la serotonina.

Este artículo causó un gran revuelo. A los pocos meses de su publicación, se convirtió en uno de los más citados de la historia, entre los doscientos primeros de un total de veintitrés millones. Los expertos de varios programas de entrevistas y *podcasts* respondieron con frases como «¡Esto es increíble!». Estaba tan arraigada la suposición de que la depresión se debe a un desequilibrio químico tratable con fármacos que este descubrimiento aparecía como algo extraordinario.

El *establishment* de la psiquiatría oficial se tambaleó. Diversos expertos, muchos de ellos vinculados a la industria farmacéutica, lanzaron una serie de críticas, a menudo contradictorias, restando importancia al resultado del estudio, afirmando cosas como «No he conocido a ningún científico o psiquiatra serio que piense que todos los casos de depresión estén provocados por un simple desequilibrio químico de la serotonina» y defendiendo teorías biológicas más complejas e imposibles de demostrar. Otros arguyeron que era prematuro abandonar la teoría de la serotonina.[253]

Moncrieff y sus coautores respondieron de manera exhaustiva a la oleada de críticas del *establishment*.[254] Los psiquiatras que desestimaron el artículo se quejaron de que podría llevar a la gente a rechazar un tratamiento fundamental. Sin embargo, la difusión del mito del desequilibrio químico puede tener consecuencias negativas para los pacientes. Es un relato que anima a la gente a tomar

antidepresivos. ¿Por qué no iban a hacerlo, si les han dicho que revierte un desequilibrio químico subyacente?

Se ha comprobado que la creencia de que la depresión está provocada por un desequilibrio químico tiende a hacer que las personas sean más pesimistas respecto a la recuperación, les lleva a pensar que tienen menos capacidad para controlar sus estados de ánimo y que la medicación es una solución más creíble que la terapia.[255] Los que creen en esta teoría de la depresión como enfermedad también tienen peores tasas de recuperación que los que no creen en ella.[256] En todos los países en los que están aumentando las prescripciones de antidepresivos se observa un incremento simultáneo del número de personas que reciben algún tipo de subsidio por discapacidad debido a un problema de salud mental.[257] En el Reino Unido, en el año 2011, los subsidios de discapacidad por problemas de salud mental superaron a todos los motivos restantes (que estaban disminuyendo), y la depresión fue el motivo más frecuente dentro de la categoría de salud mental.[258]

Un argumento legítimo es que, si los antidepresivos funcionan, no importa si corrigen o no un desequilibrio químico. Desgraciadamente, las pruebas que apoyan esto son débiles. Cuando se analizan todos los estudios en conjunto, se observa que los antidepresivos son un poco mejores que el placebo (una pastilla de azúcar inerte), pero no mucho más.[259] De hecho, ni siquiera es seguro que este ligero cambio esté relacionado con la superioridad de los antidepresivos, ya que existen problemas metodológicos en la mayoría de los estudios que pueden explicar esta pequeña diferencia entre fármacos y placebos.[260] En un ensayo en el que todos los pacientes recibieron un antidepresivo, pero a la mitad se les dijo que

era un placebo y a la otra la verdad (que era un antidepresivo), aquellos a los que se les dijo que habían recibido el antidepresivo mostraron el doble de mejora en las puntuaciones de ansiedad y depresión en comparación con los que creían haber recibido el placebo. Las expectativas tienen efectos poderosos sobre los resultados.[261] Además, en una revisión de 131 ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo, se determinó que los antidepresivos aumentan la respuesta en un 12 por ciento en comparación con el placebo, pero también incrementan el riesgo de sufrir acontecimientos adversos graves en un 37 por ciento, lo que sugiere una relación desfavorable entre beneficios y daños.[262]

Es bien conocido el hecho de que los antidepresivos provocan cierto entumecimiento de las emociones; no solo de la tristeza y la ansiedad, sino de todas las emociones en general, incluidas la felicidad y la alegría.[263] Este adormecimiento de las emociones puede ser responsable de la reducción de las puntuaciones de depresión en los cuestionarios, y puede experimentarse como útil por quien padece angustia. Sin embargo, también puede llevar a que se descuiden tareas importantes (como pagar las facturas) y reducir la motivación para hacer ciertas cosas que, de otro modo, podrían ayudar a la persona a sentirse más conectada con los demás y comprometida con el mundo exterior.

La mayoría de los estudios los llevan a cabo empresas farmacéuticas. Hace ya tiempo que se sabe que los estudios financiados por empresas farmacéuticas obtienen resultados más favorables para sus medicamentos que los no patrocinados por la industria. Los primeros suelen utilizar una metodología y unos informes que favorecen el efecto del medicamento.

El psiquiatra infantil australiano Jon Jureidini lleva muchos años investigando este tema. En 2004, tras un análisis profundo de los ensayos publicados que afirmaban que los antidepresivos eran eficaces y seguros en los más jóvenes, él y sus colaboradores advirtieron que esto no se ajustaba del todo a la realidad.[264] Descubrieron que aquellos a los que se les prescribía un antidepresivo tenían el doble de probabilidades de experimentar sentimientos suicidas en comparación con los que tomaban un placebo y no presentaban mejoras significativas en las puntuaciones del cuestionario de depresión en comparación con el placebo. A pesar de este hallazgo (ahora bien conocido), las tasas de prescripción de antidepresivos a los más jóvenes siguieron aumentando.[265]

En 2013, Peter Doshi y sus colaboradores crearon la iniciativa Restoring Invisible and Abandoned Trials (RIAT, «recuperar los ensayos clínicos invisibles o abandonados»).[266] A través de ella, invitaron a los investigadores a volver a analizar los estudios ya publicados o a recuperar los estudios abandonados o no publicados (es habitual que las compañías farmacéuticas abandonen o no publiquen ensayos desfavorables si no pueden interpretar positivamente los resultados).

Una de las primeras publicaciones de la RIAT, en la que el doctor Jureidini fue coautor, analizó un estudio de SmithKline Beecham sobre la eficacia y la seguridad de la paroxetina, un antidepresivo de tipo ISRS para adolescentes con depresión. El estudio original había determinado que la paroxetina era segura y eficaz. Este fue uno de los primeros estudios clave que convencieron a la comunidad médica y al público general de que los ISRS podían utilizarse en menores de

dieciocho años. Jureidini y sus colaboradores consiguieron hacerse con unas 77.000 páginas de los formularios de informes de casos individuales anonimizados y con todos los datos asociados del ensayo original. Este nuevo análisis descubrió un panorama muy distinto al de los artículos publicados. Los autores llegaron a la conclusión de que la paroxetina no aportaba ningún beneficio en comparación con el placebo, pero sí aumentaba los daños, incluidos la ideación y el comportamiento suicidas.[267]

Muchos años antes de que la RIAT se desarrollara como concepto, el doctor Jureidini se había puesto en contacto conmigo para preguntarme si quería unirme a un equipo que estaba analizando de nuevo algunos datos de otro de esos primeros estudios influyentes que fomentaron la prescripción de antidepresivos a los jóvenes, el Estudio sobre el tratamiento de adolescentes con depresión (TADS, por sus siglas en inglés).[268] Los datos que teníamos eran difíciles de organizar e interpretar, pero también nos faltaban algunos documentos clave, como los informes originales del estudio. Los documentos originales utilizados en un estudio permiten cotejar las puntuaciones asignadas por los investigadores con las respuestas a las entrevistas reales con los pacientes. No podíamos llevar a cabo un análisis significativo basándonos en lo que teníamos en ese momento.

Tras la publicación del ensayo de la RIAT sobre la paroxetina, comentado anteriormente, Jureidini volvió a ponerse en contacto conmigo para decirme que el equipo iba a volver a analizar el TADS. En concreto, se iban a examinar los informes sobre los efectos adversos, que seguían sin estar claros a pesar de las más de treinta publicaciones del equipo del TADS. Jureidini y sus colaboradores

siguieron intentando conseguir los datos originales, pero los autores del TADS dieron largas al asunto, aduciendo una razón tras otra de por qué no podían publicarse esos datos. Jureidini y un colega publicaron un artículo sobre sus frustrados intentos de llevar a cabo un estudio sobre el TADS, con esta conclusión: «Nuestros esfuerzos infructuosos por obtener datos más detallados sobre los efectos secundarios y adversos de los encargados de custodiar los datos de TADS ponen de manifiesto varios bloqueos problemáticos en la elaboración de informes de seguridad exhaustivos».[269]

Sin embargo, la iniciativa RIAT para los antidepresivos en los adolescentes aún no había terminado. En 2022, dos destacados investigadores médicos, Peter Gøtzsche y David Healy, publicaron un estudio de la RIAT sobre el antidepresivo fluoxetina en niños y adolescentes. Volvieron a analizar los dos primeros estudios sobre ISRS en menores de dieciocho años que se hicieron con la fluoxetina (el fármaco conocido por el nombre comercial de Prozac). Estos estudios constituyeron la base de la primera aprobación de comercialización de un ISRS para la depresión en niños y adolescentes. La fluoxetina sigue siendo el único antidepresivo que se considera seguro y eficaz en los más jóvenes, incluso en países que son más cautelosos con el uso de ISRS en este grupo de edad. Gøtzsche y Healy llegaron a conclusiones diferentes a las de los estudios originales: «Nuestro nuevo análisis de los dos ensayos fundamentales demostró que la fluoxetina es insegura e ineficaz». Los casos de suicidio o violencia eran más frecuentes con la fluoxetina que con el placebo. También se observó que la fluoxetina se asociaba a una reducción de la estatura y el peso durante diecinueve semanas de 1 centímetro y 1,1 kilogramos,

respectivamente, y a una prolongación del intervalo QT en los registros de la actividad cardíaca (lo que puede provocar desmayos o incluso convulsiones).[270]

Todos los aspectos de la historia del desequilibrio químico se desmoronan cuando se analizan en profundidad. Es otro ejemplo notable del poder del *marketing* y la propaganda del CISM.

El negocio

Conocí al profesor Peter Gøtzsche en marzo de 2015, cuando ambos defendimos la moción «Esta asamblea cree que el uso a largo plazo de medicamentos psiquiátricos está causando más daños que beneficios», en el 52.º Debate del Maudsley en Londres.[271]

Gøtzsche fue uno de los miembros cofundadores de la Colaboración Cochrane, creada en 1993 para organizar los resultados de las investigaciones médicas y facilitar la toma de decisiones basadas en datos científicos sobre intervenciones en materia de salud. Esta se convirtió enseguida en una de las innovaciones más importantes de la medicina basada en datos científicos, y Gøtzsche en uno de sus miembros más productivos. Se puede decir que es una celebridad en el campo de la estadística y el análisis de la investigación en medicina. Ha publicado artículos en las principales revistas médicas y ha aparecido en la portada de periódicos como el *New York Times* por su trabajo sobre la mamografía. Se convirtió en un referente de la importancia de una metodología rigurosa y en un detractor implacable de las prácticas médicas que no contasen con pruebas suficientes de sus beneficios

frente a los perjuicios. Esto pronto le granjearía muchos enemigos entre las empresas farmacéuticas, los académicos de alto nivel e incluso en la jerarquía de Cochrane.

En su premiado libro de 2013, *Medicamentos que matan y crimen organizado: cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*, Gøtzsche sostiene que las farmacéuticas operan de manera similar a las mafias. Muestra cómo las grandes empresas farmacéuticas han sido condenadas en repetidas ocasiones por promocionar medicamentos con efectos perjudiciales (a menudo mortales), manipular precios y ocultar datos de los estudios.[272] Los miles de millones de dólares en multas impuestas por estos delitos palidecen en comparación con los beneficios que siguen obteniendo, de modo que para ellos estas condenas forman parte de su forma de hacer negocios. Gøtzsche describe en su libro las deficiencias sustanciales de la manera en que se generan los datos científicos y su agravamiento en las últimas décadas debido a las políticas de autorización de medicamentos influenciadas por los intereses comerciales, que buscan acelerar la llegada de los medicamentos al mercado.

Con este libro, Gøtzsche inició una crítica a los psicofármacos que pronto despertaría la ira del *establishment* de la psiquiatría y de la industria farmacéutica, y le valdría la campaña que condujo a su expulsión de la organización que ayudó a crear, la Colaboración Cochrane (ahora rebautizada como «Cochrane»).[273] En su libro muestra de qué manera la psiquiatría se ha convertido en lo que describe como una rama de la medicina poco científica, que promueve el uso de fármacos cuya eficacia está poco demostrada e

ignora los efectos secundarios y las dificultades que tienen los pacientes para dejarlos.

En su siguiente libro, *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, publicado en 2015, la crítica se centra en el sistema psiquiátrico. Denuncia la expansión de la teoría del desequilibrio químico y argumenta que la psiquiatría ha creado un mundo lleno de ideas erróneas basadas en una ciencia precaria y en pseudociencia. [274]

Socios del negocio

En su libro de 2015, *Psychiatry Under the Influence*, Robert Whitaker y Lisa Cosgrove documentan las motivaciones institucionales en forma de conflictos de intereses y la influencia económica de las grandes farmacéuticas que debilitaron de manera decisiva e irreversible la capacidad de la Asociación de Psiquiatría Estadounidense (APA, por sus siglas en inglés) para apoyar y promover la salud y el bienestar de los pacientes.[275] La promoción de los psicofármacos impulsada por las compañías farmacéuticas no habría tenido éxito sin el apoyo voluntario de la APA.

Whitaker y Cosgrove subrayan que son más bien las explicaciones contextuales y sistemáticas las que tienen una influencia decisiva, y no tanto actores y personajes malintencionados. No se trata de una teoría de la conspiración, sino de que los intereses compartidos, como el dinero y el poder cultural, operan juntos, creando un sistema que perpetúa y potencia esos intereses. La APA, en colaboración con las empresas farmacéuticas, selecciona las

investigaciones y a los investigadores y apoya a quienes llegan a convertirse en «líderes de opinión». Estos, al actuar como asesores de las empresas farmacéuticas, ven crecer su colección de publicaciones, lo que les permite optar a los mejores puestos académicos universitarios. No solo obtienen sustanciosos ingresos directamente de las empresas farmacéuticas, sino que también aportan ingresos a las universidades al atraer subvenciones, fondos para la investigación y donaciones de las empresas farmacéuticas. ¿Y qué obtienen las farmacéuticas a cambio? Las mejores campañas de *marketing* que podrían desear, abanderadas por un experto, con el halo de la ciencia y el prestigio que le confiere su elevado estatus académico.

Como muestra el trabajo de Gøtzsche, la perniciosa influencia de las compañías farmacéuticas en la atención sanitaria no se limita a la psiquiatría. Sin embargo, la psiquiatría es especialmente vulnerable. Como ya he descrito en este libro, en la mayoría de las restantes especialidades médicas los diagnósticos suelen tener anclajes empíricos para ayudar a definir lo que constituye un caso. Esto significa que los efectos de los tratamientos pueden cuantificarse más fácilmente. ¿Reduce un tratamiento el tamaño de un tumor, baja la tensión arterial, disminuye el azúcar en la sangre o alivia una inflamación? En psiquiatría, sin embargo, no sabemos cómo identificar lo que constituye un caso mediante marcadores biológicos, por lo que dependemos de la subjetividad, tanto la del paciente como la de quien realiza el diagnóstico. Manipular los datos es mucho más fácil cuando los criterios de valoración medidos son esencialmente cuestionarios para el consumidor. Y si eso no

funciona, también existe la posibilidad de decidir qué se comunica y qué se omite.

Por ejemplo, Whitaker y Cosgrove explican que se registraron 31 estudios sobre cuatro fármacos (citalopram, paroxetina, fluoxetina y sertralina) en la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), la agencia reguladora de los medicamentos en Estados Unidos. Solo 14 de estos estudios obtuvieron un resultado positivo que respaldara los fármacos. Sin embargo, las publicaciones relacionadas con esos 31 estudios describían 19 resultados positivos (los resultados positivos pueden dar lugar a la publicación de más de un artículo sobre el mismo estudio) y dos negativos. Y esto es solo la punta del iceberg. Las revistas psiquiátricas están repletas de artículos redactados por autores fantasmas a partir de estudios posteriores a la comercialización y en los que se suele hablar de la eficacia de un fármaco.[276] A la maquinaria del *marketing* hay que sumarle el movimiento continuo de personal que pasa de las empresas farmacéuticas a los organismos reguladores y viceversa, una industria de revistas creada para generar más oportunidades de publicar artículos y unas empresas farmacéuticas que patrocinan simposios científicos.

Antes de salir al mercado, los fármacos se someten a ensayos clínicos cuyos autores principales son los psiquiatras. Estos investigadores reciben generosas subvenciones de organismos públicos y empresas farmacéuticas. Los artículos resultantes se publican en revistas médicas, a veces financiadas por la industria farmacéutica. Tras su publicación, los psiquiatras líderes de opinión ofrecen conferencias de prensa y aparecen en la portada de *The Times* o de *Newsweek* alabando los méritos del nuevo fármaco

«milagroso». Otros llevan a cabo programas de formación sobre este medicamento y dictan conferencias en los congresos. Los representantes de ventas de los medicamentos regalan muestras a los médicos. La publicidad inunda los medios de comunicación. Los aspectos negativos, los daños y los fallos de la eficacia se ocultan o se minimizan. Y la supuesta efectividad del medicamento se convierte en un hecho.

Así es como llega el último fármaco milagroso al bloc de recetas del médico. Este no conoce realmente su perfil de eficacia y seguridad, solo lo que ha oído decir al representante de ventas o en la conferencia de un destacado experto académico a la que acaba de asistir. Los «pacientes» leen artículos, ven noticias o la publicidad dirigida al consumidor y preguntan a su médico por el nuevo fármaco «revolucionario». Con el objetivo de ampliar su mercado, se despliega una campaña educativa para aumentar la «concienciación» sobre algún diagnóstico inaudito o para insistir en que los ya conocidos están siendo infradiagnosticados e infratratados.

Las empresas farmacéuticas son grandes actores en el mercado bursátil y, por tanto, resultan esenciales para mantener el edificio estructural de las instituciones financieras. El poder de influencia que esto les otorga, junto con la facilidad con la que la «salud mental» puede incorporarse como parte de una agenda gubernamental de «bienestar», les confiere un enorme poder político y, en consecuencia, también cultural.

Una vez creado y arraigado un ecosistema lucrativo, se ponen en marcha mecanismos para eludir los descubrimientos científicos inoportunos. Capa a capa, la psiquiatría institucional y las empresas

farmacéuticas fueron construyendo una estructura poderosa que llegó a incorporarse al tejido sociopolítico de las sociedades capitalistas. El mito de la cura química pasó a formar parte de la cultura dominante en Estados Unidos, luego se extendió al resto de las economías occidentales avanzadas y, finalmente, como la mayoría de los productos culturales estadounidenses, a todo el mundo.

Sin la creencia fundamental en el diagnóstico psiquiátrico, esta expansión habría sido mucho más difícil. ¿Cómo empezó todo esto y cuál es la ciencia que hay detrás de sus orígenes?

CÓMO CREAR UNA NUEVA INDUSTRIA DE SERVICIOS: LA HISTORIA DEL ORIGEN

James Davies es un antropólogo y psicoterapeuta que se ha interesado desde hace tiempo por comprender los factores históricos y culturales que determinan las prácticas modernas de diagnóstico psiquiátrico. Su interés lo llevó a entrevistar a los miembros del grupo que redactó la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*DSM-III*), publicado en 1980, [277] y a rebuscar en el abundante material de archivo de la Asociación de Psiquiatría Estadounidense.[278] El *DSM-III* supuso un cambio radical en la categorización de los trastornos psiquiátricos. Las ediciones posteriores han seguido desarrollando el enfoque del *DSM-III*.

Durante la década de 1970, la psiquiatría tuvo que enfrentar uno de los muchos cuestionamientos a su legitimidad. Críticos como los psiquiatras Thomas Szasz y Ronald Laing, filósofos como Michel

Foucault y sociólogos como Erving Goffman se quejaban de que muchos tratamientos eran más perjudiciales que útiles para los pacientes, destacaban la escasa fiabilidad o validez de los diagnósticos psiquiátricos y tachaban a los hospitales psiquiátricos de crueles, degradantes y antiterapéuticos. La crítica también se extendió a las prácticas coercitivas vinculadas a la creencia de que la psiquiatría se había convertido en un instrumento de control estatal.

En 1973 se publicó un estudio del psicólogo David Rosenhan, profesor de la Universidad de Stanford en aquella época, titulado «On Being Sane in Insane Places» [«Sobre estar cuerdo en lugares dementes»]. Rosenhan y otras ocho personas se presentaron en doce hospitales psiquiátricos (algunos fueron a más de un hospital) de Estados Unidos, afirmando que oían una voz que decía «ruido sordo», «vacío» y «apagado» (el único hecho falso que debían describir). Si decidían ingresarlos, debían abandonar sus síntomas y comportarse con normalidad. Ninguno de estos falsos pacientes tenía síntomas reales ni antecedentes de trastornos mentales. En los doce casos, los pacientes falsos fueron diagnosticados de un trastorno mental y hospitalizados. Permanecieron ingresados entre ocho y cincuenta y dos días. En ningún caso se retiró el diagnóstico durante la hospitalización. Los registros médicos del hospital sobre los pacientes falsos parecían confirmar que, una vez que se consideraban pacientes, sus comportamientos se veían desde una óptica patológica. La forma de conseguir el alta era estar de acuerdo con el personal en que el tratamiento que recibían (medicación) les estaba ayudando a mejorar. Estos resultados llevaron a afirmar que los psiquiatras no eran capaces de diferenciar entre los pacientes reales y los no reales.[279]

Hubo protestas de las autoridades de la psiquiatría. Se quejaron de que el estudio era injusto, pues ellos no solían tratar con pacientes que simulaban (fingiendo síntomas). Un hospital retó a Rosenhan a enviar pacientes falsos, afirmando que los detectarían si sabían que iban a venir. Identificaron a 41 (el 21,24 por ciento) de los 193 pacientes siguientes que recibieron como posibles pacientes falsos. De hecho, Rosenhan no había enviado a ninguno.[280]

Había que hacer algo para rehabilitar la reputación que se estaba creando de la psiquiatría como especialidad carente de ciencia o de humanidad. Antes del *DSM- III*, el diagnóstico psiquiátrico era descriptivo. El *DSM-II*, mucho más breve, ofrecía descripciones amplias, tenía menos categorías diagnósticas y era aproximadamente un tercio del tamaño del *DSM-III*. Este último se publicó con gran pompa, proclamando que se había resuelto el problema de la fiabilidad y se habían sentado las bases del progreso científico al pasar de las definiciones descriptivas a las operacionales.

Una definición operacional de los trastornos mentales significa disponer de unos criterios de inclusión «bien definidos» que permitan la identificación fiable de un caso. Para el *DSM-III* esto significó elaborar una «lista» de «síntomas» para cada diagnóstico y algunos criterios sobre cómo se hacía un diagnóstico. Por ejemplo, para el trastorno depresivo mayor tenían que estar presentes al menos cinco síntomas de una lista durante un mínimo de dos semanas. Uno de esos síntomas debía ser «estado de ánimo bajo». La elaboración de un diagnóstico sigue entonces un proceso estandarizado, ya que el recuento casi matemático sustituye al enfoque descriptivo más interpretativo.

O al menos esa era la teoría. Ya hemos visto en los capítulos anteriores cómo este enfoque basado en las listas de síntomas no puede resolver el problema de saber qué constituye un caso. Un análisis minucioso demostró que el *DSM-III* tampoco lo había resuelto.[281] De hecho, en las posteriores ediciones del *DSM* la fiabilidad ha empeorado.[282]

Pero veamos cómo surgió el *DSM-III*. En 1974 Robert Spitzer, profesor de psiquiatría en la Universidad de Columbia, se convirtió en el presidente del grupo de trabajo de la Asociación de Psiquiatría Estadounidense para la tercera edición del *DSM*. En su momento de mayor actividad, el grupo de trabajo estuvo compuesto por quince estadounidenses blancos de clase media, todos psiquiatras y psicólogos, excepto uno. No hubo representación de grupos que no fueran blancos, estadounidenses o de clase media, ni presencia intelectual relacionada con las ciencias sociales o las humanidades. Mientras se desarrollaba el trabajo del grupo, azuzado por la publicidad en torno al estudio de Rosenhan, la aspiración de Spitzer para el *DSM-III* era revertir el enfoque descriptivo y sustituirlo por las listas de criterios para cada trastorno.

El proceso para crear estos criterios (que, con algunos ajustes, siguen utilizándose hoy en día) se basó en el consenso. Por lo tanto, el consenso del grupo de trabajo podía anular el alcanzado por cualquier asesor o grupo disidente o de presión, un privilegio que fue ejercido con frecuencia, ya que las demandas de los diferentes grupos a menudo eran distintas. En las entrevistas realizadas por James Davies se describe así:

> En esencia, debatimos a fondo. Una discusión duraba tres horas. Había unas doce personas sentadas a la mesa; solía haber un presidente y alguien

> que tomaba notas. Al final de cada reunión, se repartían las tareas. En la siguiente reunión, algunos estaban de acuerdo con la inclusión y los demás seguían debatiendo. Si los miembros seguían divididos, al final se decidía el asunto por votación. [...] Así fue como se hizo.[283]

Este fue el proceso que condujo al libro más influyente sobre el diagnóstico psiquiátrico, a menudo denominado la «Biblia de los psiquiatras». En uno de los muchos ejemplos relatados por Davies, se describe una conversación de cuarenta minutos que tuvo lugar entre Spitzer y dos psiquiatras del Hospital Saint Elizabeths, de la ciudad de Washington, en la que decidieron que las «psicosis histéricas» debían dividirse en dos trastornos. Los episodios cortos de delirio y alucinación se etiquetarían como «psicosis reactiva breve» y la tendencia a presentarse en una sala de emergencias sin un motivo auténtico se denominaría «trastorno facticio». Peele, uno de los psiquiatras de Saint Elizabeths, lo recordaba así: «Entonces Bob pidió una máquina de escribir. Rápidamente, elaboró los criterios para el trastorno facticio y para la psicosis reactiva breve. Me llamó la atención su eficacia. ¡Viene a hablar de un tema y se va con los criterios diagnósticos para dos trastornos mentales distintos!».

El artículo de Davies nos da una idea de cómo surgieron los diagnósticos psiquiátricos a los que estamos tan acostumbrados. No se trataba de ciencia ni de nuevos avances médicos, sino de unas cuantas personas que representaban los intereses de una clase amenazada y que acabaron creando lo que posiblemente sería uno de los libros más influyentes de las últimas cinco décadas.

La difusión de la propaganda sobre salud mental

El papel que desempeña el afán de lucro es un punto de partida obvio para comprender el poder del CISM. Sin embargo, sería un error imaginar que la mercantilización perniciosa está provocada solo por una industria que explota definiciones poco sólidas y unas normas deficientes para la regulación de fármacos. No se trata de que la medicación sea mala y la terapia buena. Si los conceptos desarrollados inicialmente por la psiquiatría no fueran valiosos para una cultura neoliberal, una excelente manera de obtener ganancias y ventajas para las clases políticas, no se habrían difundido de manera tan extraordinaria en tantos espacios sociales y culturales. Bajo el disfraz de la lucha contra el estigma, de la prevención, la autoayuda, el apoyo a los empleados, la prevención del suicidio y la concienciación, la ideología de la salud mental —y su hermana, la industria del bienestar— han ido ganando aceptación y han expandido los mercados de muchas maneras.

En 2021, 42 millones de adultos en Estados Unidos solicitaron ayuda para la salud mental de una forma u otra, frente a los 27 millones de 2002. Los estadounidenses están cada vez más convencidos de que la terapia es una forma fiable de mejorar sus vidas.[284] En el último capítulo describí el creciente uso de la terapia en el Reino Unido, así como la escasez de pruebas de que esto haya ido acompañado de una mejora en la salud mental de las personas a escala poblacional.

En los entornos laborales, la salud mental se ha convertido en un elemento habitual de las políticas de salud y seguridad. Las empresas ofrecen ahora numerosos talleres y actividades para promover el bienestar. Esta es una forma útil para no examinar las causas del malestar psicológico asociadas al lugar de trabajo. Las prácticas

comunes incluyen la formación en salud mental para algunos miembros del personal y procesos estandarizados para identificar problemas de salud mental en los empleados. Esto luego puede dar lugar a una derivación a un profesional de la salud mental o a un médico de atención primaria. Los cursos de primeros auxilios para la salud mental (PASM) se han extendido a gran velocidad. En el Reino Unido han surgido innumerables organizaciones que ofrecen cursos por internet y presenciales con sus respectivas certificaciones. Las empresas pueden obtener su diploma del programa de PASM para acreditar que se toman en serio la salud mental de sus empleados y saben cómo detectar crisis y ayudar a las personas, además de demostrar cuánto les preocupa el bienestar de sus trabajadores. Como era de esperar, esta nueva fuente de ingresos aún no ha demostrado que sus diplomados mejoren la salud mental de las personas con las que trabajan.[285]

En su libro *Sedados*, publicado en 2022, James Davies describe su experiencia al asistir a un curso de PASM,[286] donde coincide con miembros de departamentos de recursos humanos de empresas y personal de universidades. Estos asimilan con entusiasmo el material del curso y sienten que, gracias a este tipo de formaciones, por fin se está dejando atrás la cultura de la «compostura» para promover la aceptación de los problemas de salud mental. En el curso se recomendaba que, en caso de detectar que alguien tiene un problema de salud mental, se le debe aconsejar que consulte a su médico de cabecera. Para saber si alguien tiene un trastorno mental, los instructores del curso describen cuáles son los «síntomas» de los trastornos. Davies no encontró en el curso nada que animase a los

trabajadores a cuestionar la cultura de la organización o a los directivos a realizar cambios en el lugar de trabajo.

He tenido experiencias similares en cursos recientes sobre el síndrome de desgaste profesional o *burnout*, el equilibrio entre la vida laboral y personal y el apoyo al «bienestar» de los empleados: se trata de que cada uno, como individuo, mejore su estilo de vida y, si tiene problemas, que acuda a un profesional para recibir tratamiento. En esos cursos aprendí que el desgaste profesional es un síndrome que hay que tratar, reconociéndolo y haciendo algo al respecto, como solicitar ayuda profesional, pues podría convertirse en un trastorno de ansiedad o depresión. No se trata modificando unas exigencias laborales que se han vuelto abrumadoras. Por supuesto, si uno admite que está «desgastado» y necesita tomarse un descanso, eso quedará registrado. No todos los jefes serán comprensivos con esto, con independencia de la legislación vigente. El lado de la ecuación del jefe que contribuye al *burnout* está «quemado» en lo que respecta a encontrar factores causales y reparadores de la situación. El PASM fomenta este abandono social de la solidaridad (por ejemplo, a través de un sindicato) y la visión de las patologías individualizadas.

Conozco a alguien que trabaja para un banco internacional que ha iniciado un programa de apoyo a la salud mental y el bienestar. Esto incluye un tiempo reservado dentro de las horas de trabajo para que el empleado pueda ir al gimnasio o asistir a una clase de *mindfulness*, por ejemplo. Al mismo tiempo, esta entidad es conocida por su crueldad hacia los empleados, ya que una vez al mes despide como mínimo al que se considera que rinde peor. Pero

al menos puedes curar tu ansiedad por perder el trabajo yendo a una clase de *mindfulness*.

Los programas de prevención del suicidio son objeto de la atención mediática y del desarrollo de políticas que suelen equiparar el suicidio con la enfermedad mental, por lo que subrayan la necesidad de que se diagnostique y trate de manera precoz. Este planteamiento sugiere que la solución al problema del suicidio pasa por invertir más en servicios de salud mental. Se anima (correctamente) a las personas a hablar de cómo se sienten para que se puedan identificar los sentimientos suicidas. Pero ¿y después qué? Hay que identificar el trastorno mental que provoca el deseo de suicidarse para que se pueda acceder al tratamiento adecuado.

Sabemos desde hace tiempo que el desempleo, el endeudamiento, las condiciones laborales precarias, las desigualdades, la falta de vínculos sociales y la inestabilidad de la vivienda son los principales factores asociados a una mayor probabilidad de suicidio, especialmente para los hombres en edad laboral. Si estos factores se convierten en un trastorno mental que requiere tratamiento, ¿se ayudará a cambiar las políticas de austeridad, la privación de derechos y la falta de sistemas de bienestar que brinden apoyo? ¿O quedarán estos factores sociopolíticos eximidos de cualquier culpa? [287]

Cada vez más jóvenes australianos toman antidepresivos y cada vez se suicidan más y se dañan más a sí mismos, a menudo tomando sobredosis de manera deliberada de las mismas sustancias que se supone que les ayudan. La organización australiana Suicide Prevention Australia (SPA) se considera «el principal organismo nacional para la prevención del suicidio». Ha recibido importantes

recursos económicos de los sucesivos gobiernos australianos para la prevención del suicidio. Como estrategia preventiva, aboga por identificar y tratar la depresión juvenil, lo que incluye el uso de ISRS (que, como ya he explicado, no mejoran los resultados clínicos respecto a los placebos y pueden aumentar las tendencias suicidas). A pesar de su largo historial de malos resultados en la lucha contra el suicidio, la SPA sigue recibiendo financiación y apoyo de algunos líderes de opinión destacados, que se han convertido en las personas de referencia del gobierno para el asesoramiento en materia de políticas de salud mental.[288]

Por último, están las aplicaciones de salud mental. Ahora existen aplicaciones para cualquier cosa y, con la proliferación de las redes sociales que ha dado lugar a la generación TikTok, el CISM, por supuesto, ha entrado en el mundo de las aplicaciones.

Las aplicaciones de salud mental se promocionan como una herramienta que ayuda a los usuarios a sortear las dificultades asociadas a los métodos de tratamiento tradicionales, como la falta de disponibilidad, accesibilidad y aceptación de los tratamientos. Algunas personas, en lugar de buscar apoyo en entornos presenciales que requieren que se identifiquen, lo hacen a través de aplicaciones de forma anónima y remota, evitando así cualquier temor a los juicios sociales.

Pero ¿qué ofrecen estas aplicaciones? ¿Quién supervisa su creación? ¿Cuáles son las consecuencias del número cada vez mayor de aplicaciones nuevas y de fácil acceso? ¿Cómo consideran la salud mental y los trastornos mentales, y qué tipo de encuadre fomentan para comprender nuestras vidas emocionales? Aunque sin duda ganan dinero, ¿mejoran la salud mental como prometen? El estudio

más grande hasta la fecha recopiló los resultados de 145 ensayos y 47.940 participantes. No encontró pruebas convincentes de que ninguna de las intervenciones de las aplicaciones móviles mejorara los resultados clínicos relacionados con la ansiedad, la depresión, el tabaquismo, el alcoholismo, los pensamientos suicidas o los sentimientos de bienestar de las personas.[289]

Ahora que el CISM está tan extendido e incuestionablemente arraigado, es inevitable que asistamos a un desfile de embajadores famosos, desde miembros de la realeza hasta estrellas de Hollywood, que hacen pública su depresión, su TDAH, sus trastornos alimentarios, su neurodiversidad, etc. Las organizaciones benéficas de salud mental y las campañas promocionales se han convertido en algo socialmente valorado y en una forma fácil para aquellos con poder político, económico o cultural de reducir la experiencia de sufrimiento psicológico, y los sentimientos de alienación y de no encajar a cuestiones asociadas a la eficiencia laboral y a soluciones tecnológicas individualizadas.

El CISM puede tener su mayor motivación en el ánimo de lucro, pero sus tentáculos son más largos y profundos, y están conectados con la mercantilización de las emociones, el auge de las terapias, las industrias del bienestar, los ascensos laborales, las aplicaciones, las personalidades de los medios de comunicación, etc. No hay ningún lugar donde la propaganda de la salud mental no haya llegado. Las emociones ya no son algo que haya que experimentar, tolerar e integrar, sino que deben suprimirse, manejarse, controlarse o expresarse de manera mecánica. El CISM promete liberarnos de las ingobernables emociones para ayudarnos a adaptarnos y sobrevivir en la economía de servicios orientada al cliente.

El CISM se inició en las salas de juntas donde unos cuantos hombres estadounidenses se reunieron para redactar el *DSM-III*. Ellos fueron quienes proporcionaron las herramientas que primero utilizaría la industria farmacéutica y, posteriormente, todo tipo de profesionales, empresas y políticos, mientras el tren del dinero fácil llevaba al CISM hasta el centro de nuestras vidas sociales y culturales. Ahora estaba listo para ir más allá de la mercantilización del sufrimiento psicológico. Ahora estaba listo para empezar a crear identidades.

12

Neurodiversidad, género y nuevas tipologías humanas

> No puedo enseñar nada a nadie, solo puedo enseñarles a pensar.
>
> SÓCRATES

En el verano de 2016, como parte de mi colaboración en el proyecto denominado Autismo y Neurodiversidad: Exploración del Diagnóstico, de la Universidad de Exeter, mantuve un debate por correo electrónico con Damian Milton, un apasionado defensor del autismo y sociólogo que se describe a sí mismo como «autista». Con el acuerdo de ambos, nuestro debate se publicó en el sitio web del proyecto.[290]

Cuando nos rendimos, el hilo del correo electrónico había superado las trece mil palabras. He tenido muchos debates similares con otras personas antes y después de este. Hay dos cuestiones que surgen una y otra vez y en las que, hasta ahora, no ha sido posible llegar a un acuerdo aceptable. Puedo entender por qué a las personas que tienen una conexión emocional con la idea de que son neurodivergentes les afecte tanto que se cuestione tal categorización. Después de todo, muchos de ellos han sido víctimas

del estigma y la discriminación, y han sido juzgados como si hubiera algo malo en ellos. Comparto el deseo de los defensores de la neurodiversidad de que todo el mundo se libere de la problematización de su personalidad. Sin embargo, creo que es legítimo cuestionar si esto se logrará con la popularización del concepto de neurodiversidad.

El primer tema en el que nos hemos quedado atascados es el significado de «neuro» en neurodiversidad. En los capítulos 5 a 8 he analizado la falta de respaldo científico para afirmar que existe algo específica y característicamente diferente en los cerebros y organismos de las personas que reciben los frecuentes diagnósticos neurodivergentes de TDAH o de autismo. En mi debate con Damian, él acepta que no existen pruebas tangibles para diferenciar de manera categórica a un grupo que podría considerarse «neurodivergente» de otro que es «neurotípico» y, por lo tanto, que estos conceptos son «constructos sociales».(20) Sin embargo, no acepta que sean solo un constructo social, ya que a lo largo de nuestro debate alude muchas veces a «disposiciones», «monotropismo» y «diferencias manifiestas». Admite que cree que es probable que estas características tengan un componente biológico que hace que las personas neurodivergentes compartan algo esencial y biológico que las hace diferentes.

El segundo tema que surge en este debate es el que se trata en este capítulo: la visión de la neurodiversidad a través de la lente política y, en particular, la idea de que las personas neurodivergentes son una comunidad social específica con identidades que deberían reconocerse por tener algo único que las conecta.

Neurodiversidad política

En nuestro debate, Damien hacía referencia a menudo a cuestiones como las «normas neoliberales», el «feminismo» y los «derechos de los homosexuales». Sostenía que existe un grupo social particular que surge de algún tipo de diferencia «disposicional», que ha sido y está siendo discriminado de la misma manera que otros grupos minoritarios. Veía la cultura autista, por ejemplo, como una subcultura que se ha desarrollado como reacción a ser etiquetada de esa manera y que se convierte así en un signo de identidad cultural. Y comparaba esto con otras agrupaciones culturales como ser gay o *punk*. Para mí, es obvio que las culturas o comunidades autistas son algo diferente de ser gay o *punk*. Estos últimos se autoidentifican más fácilmente (por las preferencias sexuales o musicales, que luego dan lugar a diversas culturas, por ejemplo, relacionadas con la vestimenta o el estilo de vida), no necesitan defender una disposición biológica (exista o no) y no necesitan un profesional médico para que los identifique y permita la entrada en sus comunidades.

Lo que he descubierto a través de este debate, y de otros posteriores, es que la neurodiversidad como concepto se ha desarrollado en paralelo a ciertas tendencias políticas más amplias de la sociedad occidental —la política identitaria y las guerras culturales—, lo que refleja el papel cada vez mayor de un hiperindividualismo politizado.

La intersección entre la salud mental y la política ha existido siempre, ya sea en la acusación de que a algunas personas se las etiqueta como mentalmente enfermas para reprimir su voz política

(como se alega que sucedió en la psiquiatría soviética) o en las desproporcionadas tasas de diagnósticos de psicosis en los jóvenes negros (de la que se acusa a la psiquiatría occidental). En el surgimiento del movimiento de la neurodiversidad encontramos la versión moderna de la dimensión política en la ideología de la salud mental. Tras sus inicios como diagnósticos poco frecuentes en niños con importantes dificultades de aprendizaje o en niños activos y traviesos, el autismo y el TDAH han seguido una impresionante trayectoria expansiva, trascendiendo el ámbito de las consultas pediátricas para adentrarse en las entrañas de la cultura de masas. Las mujeres se han convertido en consumidoras importantes y los servicios privados han aceptado la invitación de sacar provecho de ello. El autismo y el TDAH salen ahora a la luz transmutados y envalentonados como productos de consumo de la identidad. Se presupone que tienen su origen en el «neurodesarrollo» (es decir, en el cerebro) y, por lo tanto, aún requieren la mirada de los profesionales de la medicina y de otros ámbitos de la salud para ser identificados.

Sin embargo, bajo la bandera de la neurodiversidad se agita la bandera política de la «diferencia». Una diferencia que necesita ser -reconocida en lugar de ser tratada. La sociedad debe adaptarse. La confusión no tarda en llegar. La pregunta de si se trata de una diferencia o de un trastorno mantiene una cierta niebla útil para aquellos que se benefician de la nueva marca de identidad. Si es un trastorno, requiere un diagnóstico y un tratamiento. Si es una diferencia, requiere aceptación e inclusión (pero, aun así, necesita un diagnóstico). ¿Quieren una cosa y la otra a la vez? ¿No es eso lo

que la convierte en una mercancía perfecta, una cuestión de derechos humanos y, al mismo tiempo, un objeto con poder cultural?

El movimiento de la neurodiversidad ha pasado de expandir el CISM en el ámbito de la salud a invadir el ámbito político, al fusionarse con una política identitaria cada vez más influyente. Inevitablemente, el concepto de la autoidentificación, en lugar del diagnóstico formal, entra en el léxico de algunos activistas. El autismo y el TDAH ya no son trastornos, son una parte esencial de la identidad, de quiénes somos. Alguien *es* autista y no una persona con autismo o, peor aún, una persona diagnosticada con autismo. El lenguaje puede utilizarse ahora para desvincular a las personas de la realidad biológica y permitirles entrar en el ámbito sociopolítico, como si formaran parte de un grupo «natural».

El giro hacia la política identitaria y el deseo de protagonismo en las guerras culturales caracterizan a buena parte de las actuales políticas de izquierdas. El objetivo es conseguir la visibilidad y la infiltración de un amplio abanico de minorías en el orden capitalista. Los activistas de la neurodiversidad podrían ahora demostrar sus habilidades revolucionarias agitando el puño contra los hombres neoliberales, blancos, heterosexuales y capacitistas, y añadir también a los «neurotípicos» a esa lista.

En efecto, los temas de diversidad son cuestiones políticas importantes, pero en la cultura de la cancelación —tanto de la derecha como de la izquierda— vemos una instrumentalización de la política identitaria: a quienes expresan una opinión contraria se les etiqueta enseguida de «fascistas» o «extremistas», más toda una serie de clichés. Pero, como he demostrado, no hay nada «neuro» en la neurodiversidad. Si se quita el prefijo «neuro» de

«neurodiverso» o «neurotípico», ¿qué queda? Diverso y típico. ¿Algunas personas son diversas y otras típicas? ¿En serio?

En sus libros, el académico estadounidense Walter Benn Michaels sostiene que existe una gran disociación entre la política dominante, que supuestamente defiende la igualdad de las diversas identidades, y la desigualdad económica que genera el capitalismo.[291] Lo que vemos es una política de la diferencia que, en vez de abordar la desigualdad producida por las estructuras económicas, se ocupa de la igualdad de las diferentes posturas subjetivas. Se preocupa más por cómo nos sentimos con nosotros mismos y nuestros contextos que por las desigualdades materiales y las relaciones de clase que las condicionan. Se convierte en una política preocupada por las apariencias en lugar de por sus consecuencias materiales.

Racializar la diferencia aparta nuestra atención de las diferencias de clase y, acto seguido, nos lleva a imaginar que la desigualdad es consecuencia de nuestros prejuicios. Si podemos dejar de pensar en los pobres como personas que tienen demasiado poco dinero y empezar a pensar en ellos como personas que no reciben el respeto debido, entonces es nuestra actitud hacia los pobres, no su pobreza, la que se convierte en el problema que debe resolverse, y podemos centrar nuestros esfuerzos no en eliminar las clases, sino en eliminar lo que podríamos llamar «clasismo». La diversidad se convierte entonces en la forma en que la izquierda aplica el neoliberalismo y, al alejarse de las realidades socioeconómicas, contribuye así a mejorar la eficiencia del mercado. No se trata de ignorar el problema del racismo, sino de señalar su uso como una distracción conveniente para evitar cambiar las estructuras económicas, lo que

haría mucho más por las personas de color en todo el mundo que tener más directores ejecutivos negros.

Hay otro problema que surge cuando la política identitaria ocupa un papel protagonista. Empezamos a tratar las diferencias económicas como si fueran diferencias culturales. Y el capitalismo queda ileso. Lo que se acaba creando es un mundo en el que los individuos son opresores o víctimas, no por la propiedad y la posesión de capital, sino por sus significantes superficiales. Yo puedo ser considerado un opresor cuando soy descrito como hombre blanco occidental de clase media, pero ser considerado una víctima cuando soy identificado por mi condición de minoría étnica (debido a mi origen iraquí).

Pese al incremento de las críticas a las políticas neoliberales o capitalistas, sobre todo entre los jóvenes, las políticas identitarias han proporcionado una forma conveniente de mantener el campo de debate enfocado sobre agrupaciones sociales no basadas en la economía. A medida que las circunstancias materiales continúan erosionándose y las desigualdades crecen, una consecuencia ha sido el cinismo y la pasividad originados por un pesimismo en cuanto a la posibilidad de cambiar las cosas. Gran parte de la población no está especialmente entusiasmada con la lucha por los derechos de este o aquel grupo. El resultado es una baja participación electoral, un interés centrado en la supervivencia económica cotidiana y una falta de confianza en los políticos. La protesta aceptada se desplaza entonces hacia los símbolos de bajo coste y que hacen mucho ruido, que provienen de los económicamente acomodados (como yo) y vienen a sustituir la posibilidad de una reforma genuina. A los que ostentan el poder dentro de las instituciones les encantan los gestos

progresistas llamativos en las redes sociales y en la prensa, pues les ayudan a preservar su poder.

En junio de 2020, la empresa estadounidense fabricante de los Doritos anunció que se había unido al movimiento Black Lives Matter y que se comprometía a amplificar las voces negras en su nueva campaña «¿Nos escuchas ahora?». La empresa declaró que donaría 650.000 dólares en publicidad exterior, incluyendo vallas y murales publicitarios, para la iniciativa #AmplifyBlackVoices («amplifica las voces negras»).[292] En el punto álgido de las protestas contra el asesinato de George Floyd, los manifestantes llegaron al Barclays Center de Brooklyn, en Nueva York, y se encontraron con eslóganes pintados en enormes letras blancas en un edificio de tres plantas completamente negro. Entre los eslóganes figuraban «#Black Lives Matter» y «#AmplifyBlackVoices». En la parte inferior estaba el logotipo de Doritos. Las políticas identitarias corporativas han aprendido que los mensajes con un aire de «justicia social» son buenos para la imagen de marca y las ventas, especialmente entre los jóvenes.

BlackRock es una empresa multinacional estadounidense de inversiones. Es la mayor gestora de activos del mundo, con casi nueve billones de dólares.[293] Invierte los fondos de sus clientes en numerosas empresas que cotizan en bolsa y, debido a su tamaño, se encuentra entre los principales accionistas del mundo. Ha sido uno de los mayores inversores en centrales eléctricas de carbón, realiza importantes inversiones en la industria armamentística y ejerce un enorme poder económico. Además, no ha tardado en apuntarse al carro de la «sostenibilidad» y la «diversidad». Según afirma BlackRock, la empresa busca ahora implementar «una estrategia de

sostenibilidad medioambiental centrada en reducir las emisiones de gases de efecto invernadero y en aumentar la eficiencia y la resiliencia de sus operaciones mediante soluciones energéticas bajas en carbono».[294] También asegura: «Nuestra filosofía de trabajar como One BlackRock es esencial en nuestro compromiso con la diversidad, la equidad y la inclusión (DEI) en todos los niveles de nuestra empresa y en todas las regiones y países en los que operamos. En BlackRock, la DEI es un imperativo empresarial».[295]

En febrero de 2023 se celebró un evento para los grupos de presión de Washington con el lema #DiversityAcrosstheAisle,(21) en el que participaron una docena de miembros en activo del Congreso. Asistieron grupos de presión que representaban a una serie de intereses, entre ellos Walmart, Reynolds American, Eli Lilly y Pfizer, entre otros. En un mensaje a los clientes enviado después del evento, Ferox (un *lobby* que representa a varias empresas) se jactó de utilizar la diversidad como una forma de mejorar las relaciones entre sus clientes corporativos y los líderes demócratas. «Los clientes de Ferox, Walmart, Alexion y Waste Management se unieron a un grupo selecto de corporaciones patrocinadoras para rendir un generoso homenaje al Congreso más diverso de la historia», destacaba el mensaje. Entre los invitados figuraban también la Asociación de Personal del Congreso LGBT, la Alianza del Congreso de Mujeres Negras, la Asociación de Personal del Congreso de Origen Asiático y de las Islas del Pacífico y otras sociedades profesionales basadas en la identidad que representan a los empleados del Capitolio.[296]

La política identitaria corporativa está bien financiada. Muchas corporaciones e instituciones políticas, junto con los medios de

comunicación corporativos de ideología liberal y el mundo académico, están intentando presentarse como voces destacadas en la lucha contra la crisis climática, el racismo, el sexismo, la homofobia y otras opresiones. American Express puso en marcha un plan de mil millones de dólares para impulsar la equidad racial. Pepsi gastó cuatrocientos millones de dólares para «derribar las barreras raciales sistémicas que impiden el progreso social y económico de los negros». Apple dedicó cien millones de dólares a una iniciativa de equidad relacionada con la justicia racial.[297]

Este dinero no se gasta por el espíritu solidario de los accionistas, los directores generales y los propietarios de empresas. Estos no gastarían semejantes sumas a menos que creyeran que hacerlo contribuirá a aumentar sus beneficios. La política identitaria es rentable. Lo que no hará es cambiar las injusticias sistémicas en materia de vivienda, empleo, atención sanitaria, educación, policía, justicia penal, deuda, etc. Lo que no vemos es que las corporaciones apoyen a los grupos que luchan por los derechos de la clase trabajadora y contra las injusticias económicas. Los privilegios basados en la clase no suelen contemplarse en las formaciones en DEI.

El mandato más corto de un primer ministro del Reino Unido fue el de Liz Truss, que duró cuarenta y nueve días. Ella fue la tercera primera ministra del Reino Unido. Durante su gestión, el Reino Unido tuvo el gabinete más diverso hasta la fecha. De los cuatro cargos principales, incluido el de primer ministro, dos fueron asignados a mujeres y otros tres (contando con el despido del canciller Kwasi Kwarteng) a personas de color. El cargo de viceprimer ministro también lo ocupó una mujer. Por primera vez en la historia británica,

ninguno de los cargos ministeriales más altos fue ostentado por un hombre blanco. Sin embargo, este gabinete también fue uno de los más exclusivos socialmente, ya que casi todos sus miembros habían estudiado en colegios privados. Tras su dimisión, el Reino Unido tuvo por primera vez un primer ministro británico de ascendencia asiática, Rishi Sunak, un multimillonario con una esposa también multimillonaria. La diversidad por sí sola no sirve de mucho para la justicia de clase o económica.

El concepto de interseccionalidad en el mundo académico ha supuesto un avance importante. Nos recuerda que la clase por sí sola no puede explicar las opresiones estructurales específicas que sufren ciertos grupos (además de aquellas basadas en la clase). La interseccionalidad se refiere a la naturaleza interconectada de categorizaciones sociales como la raza, la clase y el género, que pueden aplicarse tanto a un individuo como a un grupo. Esto da lugar a sistemas de discriminación o desventaja superpuestos e interdependientes. Las mujeres de todo el mundo son víctimas de una violencia sexual atroz. Además, es desproporcionada su presencia en los sectores asistenciales no remunerados y en los (mal) remunerados. El racismo está entretejido en la ideología colonial e imperialista, y ha sido ejercido de forma recurrente por las élites gobernantes para justificar su derecho a gobernar sobre aquellos que son considerados incivilizados. La criminalización de la homosexualidad destruyó las oportunidades de millones de personas de encontrar el amor, vivir con dignidad y ser felices. Poner la injusticia económica en el centro de la lucha por la justicia social no significa ignorar estas discriminaciones, pero hacer de la injusticia

identitaria la principal preocupación permite que el sistema que crea privilegios de clase fortalezca su control en lugar de debilitarlo.

Quizá la cuestión más polémica de la política identitaria haya sido la de los derechos trans. Escribo sobre este controvertido asunto con cierta inquietud, pero para abordar la intersección de la salud mental y la política, resulta imposible evitarlo.

Tavistock y los dos Bell

Cuando la periodista Hannah Barnes llevó a cabo en 2019 una investigación sobre la fundación Tavistock and Portman del NHS, con sede en Londres, para el programa de la BBC *Newsnight*, quedó tan impactada con lo que descubrió que decidió escribir un libro sobre ello, *Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children* [«Es hora de reflexionar: La historia interna del colapso del servicio de género para niños del Tavistock»].[298]

El Servicio de Desarrollo de la Identidad de Género (GIDS, por sus siglas en inglés) se creó en 1989 como respuesta a la necesidad percibida de ofrecer un servicio centrado en cuestiones de identidad de género en niños. Al principio, ejerció su actividad en un pequeño consultorio de la clínica Tavistock. Aunque el número de pacientes era muy reducido, el trabajo era difícil. Durante muchos años funcionó discretamente en un segundo plano, tratando de ayudar mediante enfoques psicológicos a los pocos niños que acudían allí. Las inquietudes sobre el tratamiento proporcionado a los niños con trastornos de género se plantearon por primera vez en 2005.[299]

Esto dio lugar a un informe que formuló algunas recomendaciones específicas (por ejemplo, mejorar los procesos de gestión y el tipo de personal contratado), pero como la dirección no lo consideró importante en ese momento, se ignoró en gran medida.[300]

En la década anterior a la pandemia de COVID, las cifras de pacientes remitidos al GIDS crecieron de manera exponencial. El perfil demográfico también cambió, pues se informó de un aumento inexplicable de chicas adolescentes que acudían angustiadas a las consultas debido a su identidad de género (los chicos habían representado antes la mayoría en este grupo pediátrico). Casi tres cuartas partes de ellas habían sido víctimas de acoso antes de pensar en su identidad de género, y tres cuartas partes habían asistido o estaban asistiendo a consultas de psiquiatría infantil y adolescente por razones distintas a la angustia por el género.

Como resultado del aumento de las cifras, el GIDS se convirtió rápidamente en un ámbito lucrativo de los servicios de la Tavistock (que llevaba funcionando con déficit económico desde hacía años). Los ingresos del GIDS representaron el 5,9 por ciento del total de la Tavistock en 2015-2016, el 10,4 por ciento un año después y, luego, en el borrador del plan operativo para 2020-2021, se indicó que los servicios de género para niños y adultos representaban el 28 por ciento de la financiación de la Tavistock.

El doctor David Bell, el psiquiatra y psicoanalista de mayor rango en la Tavistock en aquel momento, presentó un informe crítico sobre el GIDS en 2018. Un colega lo amonestó por ello, diciendo que la Tavistock «se hundiría» si el GIDS cerraba. Diez miembros (aproximadamente un tercio) del personal del GIDS le habían expresado también sus inquietudes de forma espontánea. La

directiva de la fundación Tavistock, lejos de agradecerle que les alertara de una situación que podía ser peligrosa, trató de silenciarlo e inició acciones legales en su contra. La fundación declaró al periódico *The Observer* que estaba orgullosa del GIDS y que las quejas presentadas por el doctor Bell pertenecían al pasado y se habían tratado siguiendo los procesos adecuados en su momento. También declaró que tenía el deber de salvaguardar a su personal, que se había visto sometido a un acoso intenso, personalizado y perturbador. Bell se vio obligado a buscar un abogado para defenderse.[301]

Entre las preocupaciones de Bell figuraba el hecho de que los niños que acudían al GIDS parecían actuar a menudo como siguiendo un guion y a veces no compartían el sentido de urgencia de sus padres; que algunos altos cargos de la clínica hablaban de «casos sencillos» y luego pasaban directamente a administrar bloqueadores de la pubertad; que a algunos niños se les recomendaba el tratamiento después de solo dos citas y que a los médicos que hablaban de homofobia en el servicio se les decía que tenían «problemas personales». Unos años más tarde, las preocupaciones del doctor Bell se vieron justificadas cuando otra persona llamada Bell llevó a la Tavistock a los tribunales.

En julio de 2019, la doctora Kirsty Entwistle, una psicóloga que trabajaba en el GIDS de Leeds, publicó una carta abierta al director del servicio en aquel momento, expresando su preocupación por las difíciles circunstancias de muchos pacientes y por cómo se derivaba a niños que habían sido «víctimas de abusos sexuales y habían presenciado o sufrido violencia doméstica» para que se les

administraran bloqueadores de la pubertad sin tener en cuenta la complejidad de sus necesidades.[302]

En un intento por obtener alguna prueba clínica que pudiera respaldar la medicalización de las identidades de género de los niños, el GIDS encargó en 2011 un estudio para evaluar los resultados clínicos de los bloqueadores de la pubertad en los niños. Estos fármacos detienen el desarrollo sexual, lo que significa que el adolescente no experimenta un despertar sexual completo.

Los primeros resultados se obtuvieron a principios de 2016. Para entonces, los bloqueadores de la pubertad se habían convertido en un tratamiento habitual en el GIDS. El niño más joven que empezó a tomar bloqueadores de la pubertad tenía solo diez años. A excepción de un caso, todos los niños que tomaron bloqueadores de la pubertad en el estudio de 2011 pasaron después a recibir hormonas del sexo opuesto. Los bloqueadores de la pubertad resultaron ser el primer paso hacia una identidad medicalizada y, en lugar de ofrecerles la oportunidad de reflexionar, los bloqueadores dejaron a los niños atrapados en una vía de tratamiento medicalizado.

Los resultados del estudio, que finalmente se publicó en 2021, no fueron buenos para la mayoría de los criterios evaluados. Se realizó un seguimiento de 44 pacientes de entre doce y quince años con «disforia de género».(22) El seguimiento duró como mínimo un año y, en algunos casos, dos y hasta tres. Como conclusión, los autores afirmaron: «En general, la experiencia de los pacientes con los cambios provocados por el tratamiento con GnRHa [bloqueadores de la pubertad] fue positiva». Es decir, los participantes que querían someterse al tratamiento con bloqueadores de la pubertad y luego (todos menos 1 de los 44) con hormonas del sexo opuesto estaban

contentos con el tratamiento. Pero ¿no se suponía que el tratamiento debía «tratar» también la «disforia», esa profunda sensación de malestar o insatisfacción? La angustia de estos adolescentes se evaluó mediante valoraciones clínicas de fenómenos como autolesiones, ideas suicidas, síntomas psiquiátricos e imagen corporal. Todos estos aspectos se habían mantenido igual o habían empeorado. Además, se observó un aumento estadísticamente significativo de respuestas afirmativas a «Intento deliberadamente hacerme daño o suicidarme», así como un aumento significativo en los problemas de conducta y emocionales en los participantes nacidos como niñas (es decir, de sexo femenino al nacer).[303]

Keira Bell (sin parentesco con el doctor David Bell) fue la segunda persona llamada Bell que dio la voz de alarma, esta vez desde la perspectiva de una paciente. En diciembre de 2020, tres jueces del Tribunal Superior de Londres valoraron las pruebas aportadas por la señora A, madre de un niño con disforia, y por Keira Bell.

En un blog en el que explicó su experiencia, Keira Bell se describió a sí misma como la típica «marimacho». Le gustaba la ropa de niño, era atlética y prefería jugar con los chicos. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía cinco años y su madre, con la que vivía, tuvo después problemas de alcoholismo y salud mental.[304]

La pubertad fue difícil para Keira. Odiaba el hecho de que le crecieran las caderas y los pechos, la menstruación solía ser dolorosa e incapacitante, pero lo más difícil era que ya no podía pasar por «uno de los chicos», por lo que perdió a la mayoría de sus amigos. El alcoholismo de su madre se agravó tanto que no quería traer a sus amigos a casa, por lo que se volvió cada vez más solitaria y aislada. «En 2014 estaba muy deprimida y me había rendido: dejé

de ir a la escuela, dejé de salir. Me quedaba en mi habitación, evitaba a mi madre, jugaba a videojuegos, me evadía con mi música favorita y navegando por internet».

También empezó a sentirse atraída por las chicas. Todo eso hizo que Keira se preguntara si había algo intrínsecamente malo en ella. Encontró algunos sitios web sobre mujeres que se transformaban en hombres. Un día su madre le preguntó si quería ser un chico, lo que hizo que Keira pensara más en ello como una posibilidad. Más tarde, cuando se fue a vivir con su padre y su pareja, les dijo que se había dado cuenta de que en realidad era un chico y que quería hacer la transición para cambiar de sexo.

A los quince años, Keira fue derivada al GIDS de la Tavistock. Le diagnosticaron disforia de género y a los dieciséis años le administraron bloqueadores de la pubertad. Un año después, le empezaron a poner inyecciones de testosterona. Cuando cumplió veinte años, le practicaron una mastectomía doble. Para entonces, tenía un cuerpo masculinizado, voz de hombre, barba y se había cambiado el nombre a Quincy.

Sin embargo, no todo iba bien para Keira. Recuerda que después de la cirugía empezó a hacerse preguntas más profundas y existenciales, tratando de dar sentido a lo que le había sucedido. «¿Qué hace que yo sea un hombre?», se preguntaba. En algún momento —recuerda— comprendió que ella no era un hombre y que nunca lo sería. Empezó a entender que la disforia de género era un síntoma de su sufrimiento general, no su causa. Le preocupaba el efecto que su transición pudiera tener en su capacidad para encontrar una pareja sexual o romántica.

Cinco años después de comenzar su transición para convertirse en hombre, inició el proceso de destransición. Tras decidirlo, encontró en internet un foro de destransicionadores. El número de participantes en el foro iba en aumento, y muchas jóvenes habían llegado a la misma conclusión que ella. Sintió que allí había un escándalo médico.

Para Keira, las consecuencias de la transición fueron profundas: posible infertilidad, pérdida de los senos, atrofia genital, cambio permanente de la voz y crecimiento del vello facial. La destransición no puede revertir estos cambios. Se sintió decepcionada con los profesionales que la atendieron en la Tavistock, que no indagaron sobre lo que pudo haber contribuido psicológicamente al deseo de convertirse en hombre y se limitaron a reafirmar su «ingenua esperanza de que todo se resolvería con hormonas y operaciones quirúrgicas».

Keira decidió iniciar acciones legales, lo que dio lugar a un caso de revisión judicial contra la clínica Tavistock para evaluar si los adolescentes tratados en la clínica podían dar un consentimiento válido para las intervenciones médicas que se les ofrecían. Los tres jueces expresaron serias dudas de que estos jóvenes pacientes pudieran comprender las implicaciones de lo que suponía un tratamiento experimental con consecuencias que afectarían a sus vidas. Señalaron la falta de pruebas científicas que respaldasen la administración de bloqueadores de la pubertad a los niños, un tratamiento casi siempre seguido por el uso de hormonas del sexo opuesto de por vida para mantener la transición. Dictaminaron que era poco probable que los menores de dieciséis años pudieran dar su

consentimiento informado para el tratamiento con bloqueadores de la pubertad.

En enero de 2020, la Care Quality Commission (el organismo regulador independiente de la calidad de los servicios de salud y asistencia social en Inglaterra) publicó su informe sobre el GIDS de la clínica Tavistock, al que consideró «inadecuado», la calificación de seguridad más baja posible. En marzo de 2022, la doctora Hilary Cass publicó un informe provisional independiente sobre el GIDS en el que concluía que la clínica no era una opción segura para el tratamiento a largo plazo de la disforia de género en los niños.[305] En su informe final, publicado dos años después, confirmó esta conclusión.[306] En julio de 2022, diecisiete años después de que se plantearan las primeras dudas, el NHS de Inglaterra anunció que el GIDS de la clínica Tavistock se cerraría y sería sustituido por centros regionales con mayor énfasis en la salud mental.

Las transformaciones trans

Existen paralelismos con la neurodiversidad en la evolución del desarrollo de la disforia de género en entornos clínicos, su posterior expansión en la política identitaria y la rentabilidad de la atención sanitaria para la afirmación de género. Mi experiencia clínica coincide con las estadísticas. El aumento del TDAH comenzó entre mediados y finales de la década de 1990. Entre unos cinco y diez años después, el autismo emprendió su ascenso meteórico. Unos años más tarde, empezaron a aparecer en mi consulta adolescentes que,

además de experimentar depresión o ansiedad, decían creer que eran «trans». Y su número sigue en aumento.

Las derivaciones al GIDS en el Reino Unido pasaron de 138 en 2010-2011 a 3.585 en 2021-2022. Para entonces, dos tercios de los pacientes eran chicas adolescentes sin síntomas de disforia de género antes de la pubertad y con antecedentes complejos de salud mental antes de la derivación. Una década antes, la mayoría eran chicos que habían experimentado disforia de género desde la primera infancia.[307] La atracción por personas del mismo sexo era muy común entre las chicas de sexo femenino al nacer, y solo el 8,5 por ciento de las derivadas al GIDS se describían a sí mismas como atraídas principalmente por los hombres.[308]

En Suecia, había en 2001 un total de 12 personas menores de veinticinco años con disforia de género que recibían atención ambulatoria especializada; en 2022 la cifra había ascendido a 2.077 personas.[309] En España, según un estudio sobre las derivaciones a una unidad de identidad de género en Valencia, estas se habían multiplicado por diez, pasando de 18 en 2012 a 189 en 2021. El aumento fue significativamente mayor para las personas de sexo femenino al nacer.[310] En 2021, alrededor de 42.000 niños y adolescentes en Estados Unidos recibieron un diagnóstico de disforia de género, casi el triple que en 2017.[311] En 2020 el 1,4 por ciento de los adolescentes de trece a diecisiete años en Estados Unidos se identificaron como transgénero. La proporción de estos adolescentes dentro de la población trans aumentó hasta un 18 por ciento, frente al 10 por ciento en 2017.[312] Una encuesta realizada en Estados Unidos en 2022 reveló que el 5,1 por ciento de los adultos menores de treinta años se identificaba como trans o no binario. Esto incluye

un 2 por ciento que se identificaba como hombre trans o mujer trans, y un 3 por ciento que se consideraba no binario, es decir, que no se identificaba ni como hombre ni como mujer.[313]

En Finlandia, tras pocos años de iniciar los servicios para atender la disforia de género en menores de dieciocho años en 2011, se observó un notable incremento en el número de pacientes derivados. La mayoría de estos pacientes eran adolescentes sin antecedentes de disforia de género en la infancia. Alrededor del 68 por ciento había sufrido problemas psicológicos importantes antes de la aparición de su angustia relacionada con el género. Una destacada investigadora en este campo, la doctora Riittakerttu Kaltiala, junto con su equipo, examinaron el número de derivaciones por año entre 2011 y 2017 en Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia y el Reino Unido. En todos los países encontraron un patrón similar de aumento de las tasas de derivación. En los adolescentes, la mayoría de los que deseaban realizar la transición eran pacientes de sexo femenino al nacer.[314]

Un estudio de 2021 realizado en Australia reveló que las personas que acudían a una clínica de disforia de género presentaban un elevado sufrimiento psicológico, ideación suicida (41,8 por ciento), autolesiones (16,3 por ciento), intentos de suicidio (10,1 por ciento), ansiedad (63,3 por ciento), depresión (62,0 por ciento), problemas de conducta (35,4 por ciento) y autismo (13,9 por ciento). Los relatos sobre el desarrollo explicados por los niños y sus familias también mostraron altas tasas de experiencias adversas en la infancia, entre las que destacaban los conflictos familiares (65,8 por ciento), la enfermedad mental de los padres (63,3 por ciento), la pérdida de figuras importantes por separación (59,5 por ciento) y el

acoso escolar (54,4 por ciento). También eran frecuentes los antecedentes de maltrato infantil (39,2 por ciento).[315]

Las personas diagnosticadas de autismo tienen muchas más probabilidades de estar sobrerrepresentadas en las clínicas de disforia de género,[316] además de que la prevalencia de otros problemas de salud mental es elevada, tanto en las personas diagnosticadas de autismo como de disforia de género.[317]

Según Kaltiala, los resultados de doce estudios combinados demuestran que cuando se deja que los niños con comportamiento del género opuesto o comportamientos de género distintos de los habituales se desarrollen de forma natural, la gran mayoría, «cuatro de cada cinco», aceptan su cuerpo y aprenden a aceptar su sexo. Cuando se les lleva a una transición social en una etapa temprana de la infancia, prácticamente ninguno lo acepta.[318]

Una revisión de 2019 de los resultados que apoyan los tratamientos hormonales de afirmación de género en niños y adolescentes puso de manifiesto un gran número de preguntas sin respuesta, como la edad de inicio del tratamiento, la reversibilidad, los acontecimientos adversos, los efectos a largo plazo en la salud mental, la calidad de vida, la densidad mineral ósea, la osteoporosis en la edad adulta y los efectos en la cognición. Con los datos disponibles no fue posible evaluar el perfil de seguridad a largo plazo. Los autores llegaron a la conclusión de que los datos disponibles no respaldaban la toma de decisiones informada ni la práctica segura en los niños.[319] El 12 de junio de 2023, el NHS de Inglaterra llegó a la misma conclusión: «Las hormonas supresoras de la pubertad no se recetarán a menores de dieciocho años para la disforia de género, salvo en circunstancias excepcionales, debido a la

falta de datos científicos que respalden su seguridad o eficacia clínica».[320]

Las revisiones sistemáticas de los datos probatorios realizadas por las autoridades de salud pública de Finlandia, Suecia e Inglaterra llegaron igualmente a la conclusión de que la relación entre riesgos y beneficios para la transición de género en adolescentes era desconocida o desfavorable. En consecuencia, se ha producido un cambio de la «atención a la afirmación de género», que prioriza el acceso a las intervenciones médicas, a un enfoque más conservador, para abordar otros problemas psicológicos y explorar el desarrollo de la identidad trans a través de la psicoterapia. Las conclusiones de estas revisiones sistemáticas concuerdan con estudios a largo plazo en adultos, que no revelan mejoras convincentes en la salud mental, pero sí un patrón de daños asociados al tratamiento.[321]

Pese a las afirmaciones de que la transición de género puede salvar vidas en la edad adulta, ninguno de los numerosos estudios demostró de manera convincente beneficios psicológicos duraderos. Sigue sin estar claro si la transición de género conlleva beneficios duraderos para la salud mental.[322]

En un estudio de seguimiento de 79 jóvenes que acudieron a una clínica de disforia de género en Australia se constató que, entre cuatro y nueve años después de la primera cita, el 90 por ciento había continuado con sus tratamientos hormonales (60/66) y el 88 por ciento declaró tener importantes problemas de salud mental persistentes.[323]

Según un estudio que examinó los registros del Sistema de Salud Militar de Estados Unidos entre 2009 y 2018, alrededor del 30 por ciento de quienes se someten a un tratamiento para cambiar de

sexo podrían desear revertir la transición. La muestra del estudio incluyó a 627 hombres trans y 325 mujeres trans con una edad promedio de diecinueve años. La tasa de continuación de la hormonoterapia de afirmación de género a los cuatro años fue del 70,2 por ciento. Las mujeres trans tenían una tasa de continuación más alta que los hombres trans, del 81 frente al 64,4 por ciento.[324]

Las voces de los destransicionadores que empiezan a dejarse oír han identificado varios motivos de preocupación. Algunos han revelado que creían que el tratamiento médico de afirmación de género aliviaría sus sentimientos de disforia, pero que no fue así. Algunos han destacado los posibles resultados adversos, en especial los relacionados con intervenciones cuyos efectos no pueden revertirse (como los de algunas hormonas del sexo opuesto y la cirugía de afirmación de género). Algunos han manifestado que, tras reflexionar, han comprendido que, debido a su edad o a los problemas de salud mental, no estaban en condiciones de dar su consentimiento. Algunos lamentan haber tomado decisiones relacionadas con su sexualidad antes de haber alcanzado una plena maduración y comprensión de la misma. Algunos sienten que se equivocaron al centrarse exclusivamente en su disforia de género y que también deberían haber considerado y abordado algunas de las experiencias negativas presentes también en su infancia.[325]

El psiquiatra y psicoanalista Roberto D'Angelo ha escrito sobre su trabajo psicoterapéutico con personas trans y sobre los dilemas psicológicos que enfrentan.[326] Ha expresado su preocupación respecto a que, en un encuadre biomédico centrado en la disforia de género, se pase por alto la importancia del contexto interpersonal y social en el que se desarrolla un niño. La relevancia de los aspectos

históricos y contextuales de la experiencia de esa persona en relación con la angustia relacionada con el sexo se simplifica en función del grado en que la familia y la cultura apoyan (o no) los sentimientos manifestados por el niño sobre su identidad de género. La identidad de género se concibe como existente *a priori*, como si fuera una cualidad esencial del niño que está fuera del alcance de las influencias sociales y ambientales. En este encuadre, se vuelven irrelevantes la dinámica familiar, las experiencias traumáticas, los problemas sociales, la influencia de la cultura en cuanto a cómo se construyen y regulan la masculinidad y la feminidad. Esto se transforma en una postura ideológica que puede obstaculizar una comprensión más fluida y abierta, además de obstruir la posibilidad de abrirse a otras vías médicamente menos invasivas para el cambio psicológico.

D'Angelo observa que muchos teóricos del pensamiento *queer* sostienen que el capitalismo neoliberal genera sentimientos de insuficiencia en las personas, que las condenan a una vida de producción y consumo interminables.[327] Cuando animamos a los niños a que se centren en descubrir su «verdadera identidad de género», ¿no estamos también colaborando para que no se hable de por qué pueden sentirse tan alienados, desesperados o impotentes? Cuando les prometemos la solución a través del cambio de género, ¿no les estamos ofreciendo otro producto de consumo? Cuando nos distraemos con el proyecto de reconfigurar nuestra apariencia y nuestro cuerpo como una manera de curar lo que sentimos, ¿no estamos reforzando sin querer los estereotipos culturales existentes de las normas de género? En vez de un desafío radical a las normas de género, ¿no se trata en realidad de otra versión del capitalismo

de consumo que promueve una gama interminable de posibilidades para la reinvención personal?

Si seguimos teniendo miedo de conversar sobre cómo y por qué una persona llega a la conclusión de que quiere cambiar de sexo, ¿no estamos colaborando con las expectativas culturales sobre cómo debe ser un niño o una niña? ¿Es posible que los niños con disforia de género estén reaccionando a los rígidos constructos sobre el género que todavía invaden nuestra cultura de múltiples maneras, a través de la publicidad, la educación, la cultura popular, las redes sociales, la pornografía, etc.? De hecho, ¿no se refuerzan aún más esas normas sociales al aceptar sin cuestionarlo que ellos deberían cambiar de sexo?

En el proyecto del CISM, todos los estados emocionales se contemplan con recelo y, al mismo tiempo, como algo explotable. En consecuencia, los cambios biológicos y psicológicos de la pubertad constituyen un recurso precioso. La libertad de ser como uno quiera, previa a la pubertad, empieza a desvanecerse bajo la presión de las expectativas sexualizadas de la sociedad, la preocupación por las apariencias, los difíciles cambios fisiológicos (desde la menstruación hasta los sueños húmedos) y una mayor capacidad de pensamiento abstracto y existencial. La conciencia de las expectativas y de los juicios críticos hace de la adolescencia un territorio potencialmente peligroso desde el punto de vista psicológico. Se puede sentir tristeza por la pérdida de la libertad prepuberal, y surgen preguntas más profundas sobre las que reflexionar, como qué significa convertirse en hombre o mujer en la sociedad en la que se vive. Los sentimientos sexuales se despiertan en un contexto relacional influenciado por la pornografía y la mercantilización. A pesar de los

avances, la atracción hacia personas del mismo sexo puede darse en un contexto de homofobia y burlas en el patio de recreo acerca de si uno es «maricón» o «bollera». Los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad pueden ser difíciles de combatir en los entornos hipercompetitivos de los lugares a los que asisten los jóvenes.

¿Es posible que la demanda de «afirmación de género» sea también una forma de cosificación, algo contra lo que muchas feministas han luchado? ¿No sería también una forma de opresión el hecho de crear una idea de identidad como algo fijo, al menos en parte a través de la apariencia corporal, en vez de una identidad que pueda fluir y cambiar con el contexto, los acontecimientos de la vida y las relaciones? ¿En qué se diferencian de los tratamientos estéticos los bloqueadores de la pubertad, las hormonas del sexo opuesto y la cirugía de reasignación de género? ¿No criticamos la cirugía estética como un producto de la mercantilización de los cuerpos para explotar la preocupación de las personas (sobre todo de las mujeres) por su apariencia? ¿Qué precio están pagando los jóvenes por esta cultura que los lleva a declarar la guerra al cuerpo perfectamente sano que habitan? No pretendo conocer la respuesta definitiva a estas preguntas, pero creo que es importante plantearlas.

Neurodiversidad, género e identidad

Deberíamos entender y tratar a las personas trans con la misma aceptación, dignidad y compasión que cualquier persona merece. Si una persona decide dar el gran paso de cambiar de sexo es porque

durante gran parte de su vida no se sintió bien, cómoda o en armonía consigo misma. Seguir tomando hormonas, someterse a intervenciones quirúrgicas complejas y arriesgarse a recibir juicios y críticas supone una serie de decisiones muy serias que implica un reto psicológico. Además de eso, muchas personas trans experimentan violencia y hostilidad. Al demonizar a las personas trans, algunos incluso llegan a ver su presencia como una amenaza para la sociedad. Nada de esto es aceptable. Algunas de las conversaciones más lúcidas y que revelan una mayor conciencia psicológica las he mantenido con jóvenes en mi consulta que deseaban llevar a cabo la transición.

Las personas deben ser libres de vivir como deseen, siempre y cuando no perjudiquen a otros con ello. No deben ser discriminadas en lo que respecta a la vivienda, el empleo, la atención médica, la educación y todos los demás ámbitos de la ciudadanía. Debemos recordar que, como ocurre con cualquier tipo de identidad, se trata de personas de verdad que intentan llevar una vida con sentido, no solo de presencias simbólicas en el espacio político. Tampoco debemos tener miedo de debatir las cuestiones relativas a la salud, la política y la cultura que se asocian al aumento de las identidades trans.

La disforia de género surgió como una afección poco común observada sobre todo en chicos adolescentes que desde la infancia deseaban ser niñas. El número de personas consideradas con disforia de género se ha expandido con gran rapidez en la última década. Ahora el grupo mayoritario lo constituyen las chicas, a las que no se les ocurrió pensar que estaban en el cuerpo del sexo equivocado hasta la adolescencia. La disforia de género se ha

introducido ya en el debate político, donde, por un lado, se acusa a la cultura *woke* de estar socavando la sociedad y, por otro, se etiqueta a las personas de transfóbicas o incluso de fascistas genocidas. Resulta difícil hablar sobre este tema y, lo que es más importante para mí como psiquiatra infantil, sobre lo que todo esto significa para los jóvenes que lo sufren.

Existen paralelismos políticos en el punto de vista de la izquierda que resuenan en el debate que mantuve con Damien Milton y comenté al principio de este capítulo. Aunque a los dos nos parece que el autismo es un constructo social, Damien acepta la idea de que tal constructo alude a algún tipo de diferencia esencial del mundo natural; mientras que, para mí, el empirismo debería determinar primero esa base «neuro» y, por lo tanto, considero que el constructo social es la idea misma de que el autismo se refiere a ciertas diferencias esenciales características que pueden abstraerse en una sola cosa. Esto, creo, es más fundamental y las implicaciones son más amplias.

Lo anterior refleja corrientes de pensamiento de la izquierda en las que la realidad subjetiva puede desconectarse de la realidad material. Nos lleva al mundo de cómo nos sentimos, lo que creemos que los demás piensan de nosotros y la micropolítica de las relaciones. En su extremo más radical, algunas perspectivas posmodernas fomentan la idea de que el lenguaje proyecta y crea el mundo de significado en el que habitamos. Un punto de vista alternativo sostiene que nuestro mundo está constituido por relaciones sociales que tienen una base material (las clases sociales, por ejemplo), que se proyectan hacia adentro para crear el lenguaje y el mundo de significado en el que habitamos.

Existe un conflicto bastante visceral en torno a las personas trans que parece haber surgido entre el feminismo más tradicional y sus versiones más recientes. El enfrentamiento tiene lugar en esta dimensión de cómo se construyen el significado y la realidad. Las feministas tradicionales insisten en que existen diferencias materiales entre los sexos, desde sus cromosomas hasta sus genitales, desde las funciones fisiológicas hasta la gestación de un bebé, y en que estas son importantes para comprender la naturaleza de las relaciones que han surgido entre los sexos. Cuando el sexo biológico ya no se reconoce como el punto de partida, lo que preocupa no es solo la existencia de espacios seguros para las mujeres, sino la defensa de los derechos de las mujeres en general. Hay cierta inquietud sobre por qué las jóvenes se sienten cada vez más atraídas a convertirse en hombres y cómo esto podría reflejar el sexismo en la sociedad. Después de todo, este sigue siendo un mundo de hombres.

Para los que defienden que el sexo biológico es un constructo, vemos argumentos similares a los de Damien sobre el autismo, es decir, que las tendencias disposicionales son tan «reales» como la biología y que son el punto de partida para una comunidad de identidad. Alguien es una mujer si siente que es una mujer, no importa si tiene cromosomas XX o XY. La realidad se proyecta desde el interior, y se traslada al mundo y se hace real allí. La tarea se transforma en una cuestión cultural: la de aceptar estas diversas construcciones personales y luchar por sus derechos.

En la comunidad homosexual ha surgido un conflicto similar. Algunos expresan su preocupación ante la posibilidad de que la construcción de una identidad trans pueda deberse a la homofobia

actual, que quizá no sea tan visible pero que, sin embargo, existe. Incapaz de aceptar su orientación sexual hacia alguien del mismo sexo, la persona llega a la conclusión de que en realidad debe ser del sexo opuesto. La solución de la transición parece más fácil de manejar emocionalmente que aceptar que se es homosexual. En el lado opuesto, dentro de la comunidad homosexual, están los que ven en ello similitudes con los años de hostilidad y prejuicios que soportaron (y aún soportan en muchos países), como demuestra el hecho de que la homosexualidad se considerara un diagnóstico psiquiátrico en Estados Unidos hasta 1973. Estas personas tienen un sentimiento de camaradería hacia el movimiento por los derechos trans, en especial ante los ataques que reciben de la extrema derecha y de ciertos grupos religiosos que aún no aceptan la homosexualidad.

El problema político para mí es el mismo que he comentado respecto a la neurodiversidad. Al despojar a la idea del TDAH o del -autismo de cualquier necesidad de correspondencia con la realidad material, ocurre algo peculiar. La realidad material se origina en el interior del individuo. Se convierte en realidad social al ignorar la necesidad de una base biológica y luego se llega a la conclusión de que, de todos modos, algo se vuelve real en el mundo material (en la mente y el cuerpo de quienes asumen estas identidades) al imaginar que es así. A través de la retroalimentación social y el contagio, estos constructos (TDAH, autismo, neurodiversidad, transgénero) llegan a verse como reales y se convierten en una categoría naturalizada. Esto los hace ideales para la mercantilización y la obtención de beneficios. Lo que les sucede a las personas

explotadas de esta manera es irrelevante para los mercados que comercian con ellas.

En su libro *El fin del amor*, Eva Illouz, profesora de sociología en la Universidad Hebrea de Jerusalén, habla de que incluso las relaciones se mercantilizan y se convierten en productos de consumo.[328] La autogestión psicológica no es más que la gestión de una incertidumbre que siempre está presente en las relaciones interpersonales. El capitalismo de consumo ha llevado a las personas a verse a sí mismas y a los demás como bienes y mercancías, que inevitablemente se vuelven menos rentables con el tiempo y deben ser reemplazados por otros nuevos.

El deseo sexual se ha incorporado a la industria de la moda y la cosmética, a los medios de comunicación y, sobre todo, a la pornografía, y se ha transformado en una representación visual. Explotada con fines lucrativos, la exhibición de cuerpos erotizados, en especial de mujeres, se ha convertido en algo habitual en la publicidad y en los entornos laborales, y el deseo sexual se ha convertido en un elemento esencial de la economía. Este consumismo penetra en las subjetividades y, como resultado de ello, la esfera privada se ha visto distorsionada por una ideología de lo que Illouz llama la «libertad personal radical». Las relaciones corren el riesgo de ser vistas desde la perspectiva individualista de «¿qué gano yo con esto?». Las identidades, junto con el deseo individual, son una mezcla potente que conduce a decepciones e insatisfacciones inevitables. Algo perfecto para su explotación.

Esto constituye el caldo de cultivo de la ideología identitaria, tanto en el ámbito de la salud mental como en el político, y es el destino natural del CISM. En el siguiente capítulo, continuaré este viaje por

el trasfondo político que conforma, influye y ahora está siendo influido por la ideología de la salud mental. Hasta ahora, en esta obra he cuestionado la forma en que imaginamos y construimos el dilema de «qué me pasa» y, en este capítulo en concreto, la manera en que esto conduce a una idea esencialista de «soy diferente». De manera implícita, se presupone que existe una normalidad de la que las personas con trastornos o los considerados diferentes se han desviado. Los dos capítulos siguientes son una reflexión sobre el origen de nuestras ideas de «normalidad» y sobre sus posibles implicaciones.

13

Vivir en la cultura de la comparación y la competencia

> El capitalismo es la asombrosa creencia de que los hombres más perversos harán las cosas más perversas por el mayor bien de todos.
>
> JOHN MAYNARD KEYNES

En abril de 1995 tuve mi primera experiencia con los medios de comunicación. Me hallaba en la última etapa de mi especialización en psiquiatría infantil y adolescente en el prestigioso Servicio de Trastornos Alimentarios del Hospital Pediátrico Great Ormond Street, que celebraba su segunda conferencia internacional sobre trastornos de la conducta alimentaria.[329] El profesor Bryan Lask, un hombre sumamente organizado y ocupado, que siempre llevaba un gran cuaderno con tapas de cuero donde solía garabatear sus notas, había decidido que debíamos anunciar los resultados preliminares de un proyecto de investigación en el que yo participaba. El estudio había examinado el flujo sanguíneo en diferentes regiones del cerebro mediante técnicas de imagen con radioisótopos en 15 mujeres diagnosticadas de anorexia nerviosa, de entre ocho y dieciséis años. En 13 de las 15 pacientes se había detectado una

«hipoperfusión» (reducción del flujo sanguíneo) en una región del cerebro llamada lóbulo temporal.[330] La década de 1990 se denominó la «década del cerebro», y en las investigaciones psiquiátricas el uso de las técnicas de neuroimagen de varios tipos era la última moda.

Se preparó un comunicado de prensa sobre este estudio para el primer día de la conferencia, destacando que nuestro equipo había encontrado indicios de que la anorexia nerviosa podía estar provocada por una anomalía cerebral. Varias emisoras de radio y televisión expresaron su deseo de incluir la noticia en sus boletines informativos matutinos. Cuando llegué, el profesor Lask me preguntó si podía entrevistarme con los medios. Él estaba ocupado con la inauguración y la dirección de la conferencia. Esa mañana acudí en taxi a un estudio de radio y a un par de cadenas de televisión para realizar breves entrevistas en las que expliqué nuestros descubrimientos. Durante los días y semanas siguientes, nuestro servicio recibió numerosas llamadas de pacientes y sus cuidadores preguntando por el estudio y sobre qué podían hacer si tenían un cerebro «anormal». Recuerdo especialmente a una adolescente que llamó diciendo: «He oído que tengo un agujero en el cerebro». Como he explicado, difundir un modelo particular (en este caso, una anorexia nerviosa causada por una anomalía cerebral) tiene consecuencias.

En los meses anteriores y posteriores a esta conferencia, traté de profundizar sobre diversos aspectos de neuroanatomía, neurofisiología, exploración cerebral y todo lo que fue surgiendo, desde las dificultades técnicas hasta los posibles significados de los diferentes descubrimientos. Empecé a entender que había algunos

problemas asociados con la afirmación de que habíamos hallado indicios de una posible anomalía biológica. Aquí se plantea un dilema conocido como «rasgo o estado»: ¿las diferencias en el funcionamiento del cerebro son consecuencia del hambre y/o el reflejo de una forma de pensar que caracteriza a la anorexia (estado) o bien la consecuencia de una anomalía preexistente y permanente (rasgo)? Sin embargo, comprender la importancia de las diferencias en el flujo sanguíneo de un sistema complejo como el cerebro resulta aún más difícil cuando no existe nada anormal en las estructuras en sí mismas. La esperanza en ese momento era que esta investigación permitiera hallar un «marcador biológico» para la anorexia que, por supuesto, como ocurre en la mayoría de los cuadros psiquiátricos, no se ha materializado. Sin embargo, estaba en marcha el cambio que permitió entender la anorexia nerviosa en términos más psicosociales.

En la anorexia existe algo un poco diferente cuando se compara con los otros ejemplos de la literatura científica sobre salud mental que he comentado en este libro. A diferencia de la mayoría de las categorías de diagnóstico psiquiátrico, la anorexia nerviosa no va precedida de la palabra «trastorno». Quizá sea porque parece tener una causa próxima: no comer o restringir la alimentación hasta un grado físicamente peligroso por miedo a engordar o por el deseo de adelgazar. La otra diferencia es que existe un ancla empírica para medir la recuperación: el peso.

Sin embargo, también presenta muchas similitudes en lo que respecta a las cuestiones relacionadas con el diagnóstico que he analizado. En mi opinión, la idea de que la anorexia está causada por la distorsión de la imagen corporal ha dado lugar a discusiones

inútiles en la práctica clínica sobre si se debe etiquetar a alguien cuya alimentación se encuentra peligrosamente restringida con un «trastorno de la conducta alimentaria» (aquí aparece de nuevo esa palabra) o con lo que ahora se denomina clínicamente como «alimentación alterada» (por lo tanto, no un trastorno alimentario). Por ejemplo, si una joven a la que previamente se le ha diagnosticado autismo decide restringir su alimentación, incluso si dice que no le gusta sentirse gorda, siempre que afirme que está evitando algunos alimentos porque no le gusta su textura (por ejemplo), algunos profesionales sostendrán que lo que tiene es una «alimentación alterada» como resultado del autismo y, por tanto, que no se trata de una anorexia nerviosa.

Dejar de comer, restringir o controlar (o no) la cantidad que se come es una conducta. La razón de esta conducta es algo que debe descubrirse en cada persona que la manifiesta. La motivación del miedo a la gordura es común, pero esta se encuentra principalmente en las mujeres de las sociedades occidentales. La literatura académica de hace tres décadas reconoció la anorexia nerviosa como un síndrome «vinculado a la cultura», probablemente relacionado con la idealización de las formas corporales delgadas en las mujeres de Occidente.[331]

El predominio de mujeres que padecían anorexia llevó a muchas escritoras feministas a considerar que la angustia de estas jóvenes estaba relacionada con los problemas y desafíos a los que se enfrentan las mujeres occidentales en su vida cotidiana. Por lo tanto, se solía entender que la anorexia nerviosa tenía importantes dimensiones políticas, culturales y sociales.[332]

A medida que el CISM fue desarrollando sus estructuras y ampliando su alcance, a partir de mediados de la década de 1990 la anorexia empezó a verse cada vez más en términos de diagnóstico y a separarse poco a poco de su contexto sociocultural en el mundo académico y en la investigación. Un estudio que examinó todos los números de la *International Journal of Eating Disorders* —la destacada revista sobre trastornos alimentarios— desde su primera publicación en 1981 hasta septiembre de 2021, encontró solo tres artículos con las palabras «feminismo» o «feminista» en el título, y solo nueve entre 2011 y 2021 que las contuvieran en alguna parte del artículo.[333] Con el tiempo, la anorexia empezó a entenderse de manera individualizada, como una afección relacionada con características psicológicas y psiquiátricas internas.

Junto con los ideales occidentales relacionados con el cuerpo de la cultura occidental, el concepto de anorexia nerviosa también se exportó al mundo no occidental. El análisis de Ethan Watters sobre el aumento de las tasas de anorexia en Hong Kong en la década de 1990 explicaba cómo se había infiltrado la anorexia en la mente de la población. Tras la muerte de una joven que sufría de autoinanición y que falleció en la calle mientras esperaba el autobús, se entrevistó a numerosos profesionales occidentales en los medios de comunicación. Después de que se hicieran públicas las opiniones occidentales sobre la anorexia, empezó a aumentar rápidamente el número de mujeres con este cuadro. Al parecer, la propia idea de la anorexia nerviosa, preenvasada en su forma de diagnóstico del *DSM* y explicada por una serie de expertos occidentales, fue la razón probable de que se extendiera tan deprisa en Hong Kong.[334]

Esta historia del desarrollo de la anorexia, que pasó de ser una enfermedad rara pero grave, y con raíces psicosociales, a una enfermedad que se ha individualizado y exportado, debería sonarnos ya como algo conocido tras lo expuesto en este libro. Después de haber trabajado durante muchos años con tantas jóvenes con problemas de conducta alimentaria y con sus familias, hay algo en la anorexia nerviosa que, para mí, resume el tema de este capítulo: compararse (con otras chicas o con una idea imaginaria de cómo se debería ser) y competir (la obsesión por perder peso alienta un peligroso deseo de hacerlo cada vez mejor y llegar más lejos).

A medida que fuimos abandonando el confinamiento por la pandemia de COVID, otra epidemia oculta que se había extendido por todo el país empezó a manifestarse en las consultas y hospitales. Se registró un aumento repentino de jóvenes que apenas comían, hacían ejercicio durante horas y horas, perdían peso y llegaban a enfermar peligrosamente. Las plantas de pediatría se vieron inundadas de pacientes que se negaban a comer, lo que obligó a alimentarlas a la fuerza a través de sondas nasogástricas para salvarles la vida. Las unidades de salud mental para adolescentes se vieron abrumadas por una afluencia de adolescentes, en su mayoría chicas, con problemas nutricionales. Los servicios ambulatorios de trastornos alimentarios se vieron desbordados por el número de derivaciones. Según un estudio del Reino Unido, en el periodo de dos años después de marzo de 2020, los trastornos alimentarios aumentaron un 42 por ciento más de lo esperado en las chicas de trece a dieciséis años y un 32 por ciento en las jóvenes de diecisiete a diecinueve años.[335]

¿Qué estaba sucediendo? En los relatos de estas jóvenes apareció un tema recurrente. En la soledad del confinamiento, con las clases virtuales y las amistades reducidas al WhatsApp, disminuyó la sensación de propósito, estructura y enfoque. Los días adquirieron una monotonía amorfa. En este vacío social, entrenadas por una cultura de la competencia, algunas jóvenes encontraron un nuevo «hobby». La preocupación por el peso corporal se volvió exagerada gracias a los instructores de televisión y los tutoriales de internet que explicaban cómo mantenerse saludables y advertían sobre los peligros de engordar durante el confinamiento. Apareció un nuevo objetivo. La batalla personal por perder peso y mantenerse en forma se convirtió en una obsesión competitiva. Con el atractivo de una cifra (expresada en kilos) que podía utilizarse para juzgar el éxito, los programas de mantenimiento de la forma física, la alimentación saludable, las dietas y la angustia ante cualquier señal de que el peso no bajaba, la situación llegó en ocasiones a desbordarse. El impulso de redoblar esfuerzos y llegar más lejos se hizo más fuerte cuando, al acabar el confinamiento, volvieron a la escuela y se encontraron cara a cara con los compañeros.

Es difícil escapar al ámbito de la competencia y a la presión por obtener resultados. Lo que llamamos «anorexia nerviosa» es algo más que el deseo de estar delgada promovido como un ideal para las mujeres de la cultura occidental. También es la internalización de los valores asociados a la competencia y el rendimiento. Proporciona una sensación de control y dominio, al verse una como mejor y la más decidida en lograr un objetivo concreto al que se le ha dado valor social (la delgadez).

En este capítulo analizo más a fondo el entorno social y cultural que se ha desarrollado en el capitalismo occidental, con la intención de descubrir qué modelo de ser humano fomentan sus principios económicos y políticos. La anorexia no es más que un ejemplo de lo que el capitalismo occidental puede favorecer.

Los principios del capitalismo neoliberal

¿Cuáles son los valores que surgen de una ideología política y económica capitalista?

El neoliberalismo es en esencia una forma de capitalismo con escasas restricciones que evolucionó como respuesta a las grandes crisis económicas de la década de 1970. Gira en torno a una reestructuración de las fuerzas de clase y las prioridades sociales para favorecer la competitividad y los beneficios privados. Hoy en día no se plantea ningún otro tipo de capitalismo. En él se valora la agresiva economía de libre mercado, basada en la competencia como la mejor manera de organizar y desarrollar prácticamente todos los aspectos de la sociedad. Por lo general, se asocia con políticas de liberalización económica que promueven la privatización, la desregulación, la globalización, la austeridad y el aumento del papel del sector privado en todos los sectores de la economía.[336]

El término «neoliberalismo» se utilizó por primera vez en una reunión celebrada en París en 1938, en la que dos hombres, Ludwig von Mises y Friedrich von Hayek, argumentaron que la socialdemocracia y una intervención mayor del gobierno en la sociedad (por ejemplo, a través del estado de bienestar) fomentan

un colectivismo que acaba dando lugar a una pérdida de las libertades individuales. En su libro de 1944, *Camino de servidumbre*, Hayek argumenta que la planificación gubernamental aplasta el potencial creativo del individuo y conduce inevitablemente a un control totalitario como el que se observa en el fascismo o el comunismo.[337]

De forma deliberada o por ignorancia, esta ideología neoliberal pasa por alto el enorme papel que han desempeñado los estados en la aprobación de leyes, tanto en relación con los derechos de propiedad como con los acuerdos comerciales que favorecen a quienquiera que sea la clase dominante. Por tanto, la importancia de controlar los órganos del estado también es fundamental para las economías capitalistas. Hayek y sus seguidores ignoraron el papel que tuvo en el desarrollo del fascismo el apoyo de las clases dominantes capitalistas en Alemania, Italia, España y otros países durante la década de 1930, como una fuerza opositora para reprimir el auge y la popularidad del comunismo entre las clases trabajadoras.[338] El fascismo alemán se construyó a partir de la difusión del mito de una teoría de la conspiración judeo-bolchevique, y los comunistas estuvieron en la vanguardia de los que lucharon contra el fascismo.[339]

Las ideas de Hayek recibieron el respaldo entusiasta de millonarios, de las corporaciones y de sus fundaciones (como el Instituto para Asuntos Económicos del Reino Unido, fundado en 1955, y que aún hoy cuenta con el apoyo de muchas multinacionales), que vieron en esta filosofía una ideología que fortalecería sus intereses económicos. En la década de 1970,

algunos gobiernos empezaron a incorporar estas ideas en sus políticas.

A pesar de la ilusión de libertad, el primer ensayo completo de neoliberalismo tuvo lugar en la brutal dictadura militar de Augusto Pinochet, y fue guiado por asesores estadounidenses.[340] Pinochet asumió el poder en Chile con un golpe militar apoyado y financiado por Estados Unidos, que derrocó en 1973 al gobierno socialista democráticamente elegido de Salvador Allende. Bajo la dictadura militar de Pinochet, decenas de miles de personas fueron ejecutadas y muchos cientos de miles más fueron detenidas y torturadas.

A mediados de la década de 1970, los países desarrollados estaban experimentando crisis económicas devastadoras. Esto creó una oportunidad para que ciertos elementos del neoliberalismo, en especial sus recetas para la política monetaria, fueran adoptados por la administración de Jimmy Carter en Estados Unidos y por el gobierno de James Callaghan en el Reino Unido. Tras la subida al poder de Margaret Thatcher (en el Reino Unido) y Ronald Reagan (en Estados Unidos), el resto del paquete neoliberal no tardó en llegar: recortes de impuestos para los ricos, reducción del poder de los sindicatos, desregulación, privatización, subcontratación y competencia en los servicios públicos.

Las instituciones financieras y económicas internacionales, como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio, pronto implementaron políticas similares. Cuando el FMI o el Banco Mundial prestaban dinero a una economía en desarrollo, lo hacían con condiciones neoliberales, obligando a sus gobiernos a adoptar políticas favorables a la comercialización y la globalización como condiciones de los

préstamos, al tiempo que los obligaban a aplicar medidas de austeridad para reducir el gasto público. Gran parte de la economía mundial estaba ahora estructurada por la ideología capitalista neoliberal.[341]

El economista egipcio Samir Amin criticó hace mucho el carácter neocolonial de este tipo de economía del desarrollo en su libro *La acumulación a escala mundial* (1974).[342] Según Amin, el capitalismo evolucionó hacia un único sistema global integrado, compuesto por «países desarrollados», que constituyen el centro del sistema, y «países subdesarrollados», que forman su periferia. El desarrollo y el subdesarrollo son características inherentes al capitalismo globalizado. Los países subdesarrollados no deben considerarse atrasados debido a sus características sociales, culturales o incluso geográficas específicas, sino al resultado del ajuste estructural permanente y forzado de estos países a las necesidades de acumulación (de riqueza y poder) que benefician a los países del centro del sistema. Amin creía que los esfuerzos de las naciones y los pueblos de las periferias para alcanzar su emancipación conducirían finalmente a un despertar de las clases trabajadoras occidentales (en el centro).[343]

Las economías de los países periféricos se convirtieron en proveedoras de materias primas y mano de obra barata, mientras que las economías del centro fabricaban con ellas artículos de alto valor para obtener la mayor parte de los beneficios. Los países del centro acumularon capital (ingresos) y se convirtieron en exportadores de capital (préstamos) al resto del mundo, ya sea directamente a través de sus bancos o a través de las instituciones que crearon, como el FMI y el Banco Mundial. Los países periféricos

proporcionan aún más beneficios a las economías centrales cuando pagan intereses por estos préstamos, mientras se endeudan aún más, lo que requiere a su vez más préstamos, en un ciclo interminable de extracción de beneficios. La élite de las economías centrales puede comprar activos en constante expansión (un recurso con valor económico, como propiedades o acciones), lo que aumenta la desigualdad dentro de los países y entre ellos. Estados Unidos se sitúa en la cima de este árbol de explotación y el dólar se convierte, con diferencia, en la moneda dominante en el comercio y las finanzas internacionales y, por tanto, en la moneda de reserva preferida por los bancos centrales de casi todos los países del mundo.[344]

Para debilitar la creciente demanda de una redistribución radical de la riqueza y el potencial del poder de clase para frenar el flujo ascendente de la riqueza, la política de derechas que apoyaba el cambio hacia el neoliberalismo atacó el colectivismo y la idea de que el Estado debe brindar apoyo. Como ilustra muy bien la famosa declaración de Margaret Thatcher de que la sociedad no existe, se estaba produciendo un cambio decisivo hacia un modelo más individualista de las relaciones humanas.[345] Los sindicatos, ahora desprovistos de poder social, se convirtieron en árbitros de las relaciones industriales, y la mayoría de las personas abandonó la militancia. La política de izquierdas perdió su conciencia de clase a medida que los partidos «socialistas» y «laboristas» tradicionales del primer mundo se alinearon con los intereses empresariales y empezaron a defender causas relacionadas con la identidad y el acceso a la élite. La ausencia de personas negras o de mujeres en los puestos directivos ya no estaba relacionada con las viejas

estructuras de clase que discriminan de manera desproporcionada a ciertos grupos, sino que era el resultado del racismo y el sexismo. La solución estaba en luchar por cuestiones identitarias en lugar de cambiar las estructuras económicas.

La gente necesitaba trabajar más horas o buscar un segundo trabajo. La deuda personal aumentó, y los jóvenes ya no podían esperar una vida más próspera que la de sus padres. El impulso fundamental del capitalismo de someter todo lo que existe a su lógica alcanza su culminación en el neoliberalismo. El trabajo, las relaciones sociales, las instituciones sociales, la naturaleza, las emociones, la identidad: todo queda sometido a la disciplina implacable de la competitividad y a las jerarquías resultantes.

A la libertad planteada como el valor fundamental le sigue un extraño corolario. A medida que se producen estos cambios negativos en el bienestar se hace necesario subyugar a la población mediante un escrutinio y un control más cuidadosos. Es necesario evitar que ciertas tendencias peligrosas se hagan oír. A medida que avanza el neoliberalismo, también lo hacen el militarismo en el extranjero y los controles más draconianos en el propio país. La «guerra contra el terrorismo» permitió un mayor margen para el espionaje de la población. Por un lado, asistimos a un auge de las teorías conspirativas (y a lo fácil que resulta etiquetar cualquier análisis crítico de teoría conspirativa) y, por otro, de la cultura de la cancelación (tanto de la izquierda como de la derecha). Con la pandemia de COVID vimos cómo puede utilizarse el miedo (de manera justificada o no) para imponer confinamientos y controles policiales a toda la población. El control de la narrativa por medios culturales —por ejemplo, a través de las guerras culturales o

mediante la vigilancia policial directa del Estado— ya se estaba produciendo entonces, y ahora se está volviendo cada vez más habitual. El miedo y la división siempre han sido herramientas útiles.

La persona en el capitalismo

La importancia de la competencia, la eficiencia y el rendimiento han acabado extendiéndose de forma generalizada, incluso a las instituciones estatales y relacionadas con el bienestar. ¿Cómo afecta esto a nuestro modelo de funcionamiento humano, de relaciones y de sociedad? ¿Cómo construimos nuestras creencias sobre lo que significa ser humano? ¿Cómo afecta el modelo predominante a nuestras ideas sobre la mejor manera de organizar nuestras sociedades?

Los construccionistas sociales consideran que gran parte del conocimiento que podríamos considerar de «sentido común» o simplemente aceptar como cierto es algo construido. Esto significa que gran parte de lo que se consideran conceptos, creencias, normas y valores aceptados de forma generalizada se crean a través de interacciones continuas entre los miembros de la sociedad, en vez de ser el resultado de la observación objetiva de la realidad física. Hay muchos factores que influyen en la manera en que desarrollamos nuestras creencias y prácticas culturales sobre lo que consideramos «normal» o esperable.

La construcción social de la realidad, de los sociólogos Peter Berger y Thomas Luckmann, publicado en 1966, se considera una obra fundamental que reunió las distintas vertientes históricas de la

teoría del construccionismo social. Incluyendo el pensamiento de Karl Marx, Émile Durkheim y George Mead, los autores presentan un argumento coherente de cómo el «conocimiento» social surge de las relaciones humanas, destacando el papel esencial del lenguaje y el poder (como el poder político y económico) para comprender cómo aparecen y llegan a establecerse los constructos sociales.[346]

Karl Marx fue quizá el primer construccionista social, al destacar lo difícil que resulta imaginar un mundo que funcione de una manera diferente al de las relaciones sociales en las que está inmersa una persona. Criticó los temas dominantes en los debates filosóficos y culturales de la Europa del siglo XIX, que buscaban destilar una idea abstracta de la «naturaleza humana». Por el contrario, según su planteamiento, la naturaleza y la conciencia humanas están moldeadas por las circunstancias sociales y materiales en las que viven las personas. De hecho, sostenía que lo que consideramos nuestras creencias sobre lo que es la naturaleza humana no puede escapar a la lógica integrada en las formas dominantes de organización económica (y por tanto social) en las que existimos. [347]

El filósofo, periodista y político marxista italiano Antonio Gramsci, encarcelado en 1926 por el régimen fascista de Benito Mussolini, escribió más de treinta cuadernos durante su estancia en prisión. Estas notas llegarían a tener una gran influencia tanto en el mundo académico como en el activismo social. En sus escritos sobre cómo los estados pueden «fabricar el consentimiento», analizó la manera en que se moldeaban las ideas y las creencias, y cómo se reproducía la «hegemonía» (ser el más fuerte y poderoso y, por lo tanto, capaz de controlar a los demás) en la vida cultural a través de los medios

de comunicación, las universidades y las instituciones religiosas y políticas. Estas estructuras, a su vez, son creadoras de legitimidad para las clases dominantes.

La hegemonía es un concepto clave que utilizó Gramsci para referirse a las normas e ideas dominantes en cualquier sociedad o grupo social. La hegemonía permite a los que están en el poder acceder a las principales fuentes de influencia que convencen a «las masas» de que la forma en que se dirige la sociedad es la forma en que debe ser dirigida.[348] *Manufacturing Consent*(23) se convertiría más tarde en el título de un influyente libro de 1988, escrito por los críticos sociales estadounidenses Edward Herman y Noam Chomsky, quienes sostenían que los medios de comunicación de masas de Estados Unidos y Occidente en general son instituciones ideológicas eficaces y poderosas que llevan a cabo una función de propaganda de apoyo al sistema.[349]

Todo esto significa que las formas en que imaginamos lo que significa ser humano y cómo debe funcionar una sociedad surgen de las estructuras de poder económico y político, y reflejan los intereses más genuinos de los que gozan de privilegios de clase. Entonces, ¿cuáles son las consecuencias de vivir en una sociedad dominada por el neoliberalismo en lo que cabe esperar de nuestro funcionamiento psicológico?

En la concepción capitalista de la naturaleza humana es fundamental la competencia darwiniana por los recursos, en la que gana «el más fuerte». Se dice que los ciudadanos de una sociedad capitalista participan de un juego competitivo en el que aquellos con mayor talento son los que tienen más éxito (una meritocracia). El éxito se medirá a través de la acumulación de riqueza. Los diferentes

estratos de riqueza pueden concebirse como el resultado de una versión a gran escala del popular programa de telerrealidad sobre el mundo de los negocios *The Apprentice*, donde se expulsa a aquellos con menos talento y se selecciona a los mejores (según la opinión de Donald Trump, Alan Sugar o cualquiera que sea en sus diferentes versiones internacionales)(24) para que se unan a las élites y reciban financiación para su idea de negocio.

En este modelo, se fomenta un hiperindividualismo según el cual se anima a las personas a verse a sí mismas como «miniempresas» con «marcas» que necesitan destacar de alguna manera única y con las que deben triunfar sobre los demás en la jungla social. Es una visión de la naturaleza humana que se orienta principalmente a satisfacer necesidades egoístas y en la que las elecciones democráticas se ejercen mejor a través de decretos consumistas de preferencias de compra. A medida que nuestro instinto de conexión social se redefine como un medio para obtener ventajas, se crea una alienación progresiva de las personas. En las relaciones prevalece cierto grado de desconfianza y paranoia cuando comparamos en silencio nuestro estatus social con el de quienes nos rodean, preguntándonos qué lugar ocupamos y cómo nos perciben los demás. Esto también puede llevar a ver las relaciones (con amigos, familiares o las románticas) desde la perspectiva de «qué gano yo con esto» o de «si esta relación es buena para mí». Esta falta de compromiso en nuestras relaciones emula el auge de la economía de la contratación temporal, el empleo precario y la destrucción de la solidaridad de los trabajadores.[350]

La competencia es un motor crucial de la economía y, por tanto, también se trata de un valor social y cultural importante. Muchos

viven con el temor de quedarse atrás y de que les definan (o de tener que autodefinirse) como pertenecientes a una clase de «perdedores». Vivir en un escenario social en el que percibes que perteneces a la clase de los perdedores y en el que esto se individualiza es obviamente doloroso. Sin embargo, el capitalismo nos ofrece productos para ayudar a sobrellevarlo.

Definir a las personas como «vulnerables» o «enfermas» permite la mercantilización y la explotación de este dolor psicológico, de la inseguridad o la decepción. La infancia, la crianza de los hijos, el estado de ánimo y el estrés, junto con los enfoques profesionales para intervenir en ellos, se convierten en objetos de mercantilización (el acto de convertir algo en un artículo que puede comprarse y venderse). El sufrimiento humano derivado de las presiones que las desigualdades ejercen sobre el bienestar material y psicológico de las personas se transforma en oportunidades para crear explicaciones y tratamientos individualizados. El desarrollo de esta mercantilización contribuye tanto al aumento de determinados problemas mentales como a la continua expansión del repertorio de comportamientos y estados emocionales que se consideran «anormales» (y, por tanto, necesitados de corrección y tratamiento con tal o cual producto) o un signo de alguna diferencia a la que se otorga un valor. El «cientificismo» se utiliza para vender marcas con un halo de objetividad y la ciencia verdadera queda sepultada bajo el poder del afán de lucro.

Los valores más colectivistas, como el sentido del deber, la compasión y la solidaridad, solo se fomentan si ofrecen algún tipo de ventaja en el mercado de las personas. A medida que nos volvemos conscientes de la imagen (la marca), se nos seduce para que

busquemos de forma constante la mejora personal. En el mundo actual, uno debe aprender a «venderse a sí mismo». No solo la macroeconomía, sino también las relaciones cotidianas se rigen por una versión de la lógica del mercado en la que es difícil escapar de la sensación de que se está fracasando o se podría fracasar en cualquier momento.

Richard Wilkinson y Kate Pickett, en su libro de 2010 titulado *Desigualdad*, examinaron de manera empírica y teórica los efectos de la desigualdad en las sociedades de todo el mundo. Aunque, en mi opinión, no dieron suficiente importancia al papel de las diferencias culturales regionales y los factores históricos, y tengo algunas reservas sobre su interpretación de los datos (por ejemplo, a través del uso incuestionable de los diagnósticos psiquiátricos), argumentan con fundamentos sólidos que no es solo la pobreza en sí, sino que son los niveles de desigualdad en cualquier sociedad dada los que más influyen en la salud y el bienestar. La desigualdad, la brecha entre los más ricos y los más pobres, tiene profundas repercusiones en las personas. La prevalencia de los trastornos mentales, el estrés, la infelicidad, el abuso de sustancias y toda una serie de indicadores de la salud física empeoran cuando aumenta la desigualdad.[351]

Los factores que generan las dudas sobre uno mismo y la inseguridad ante la posibilidad de ser juzgados se ven exacerbados por la desigualdad. La creencia en la meritocracia implica que cualquier fracaso se considera un fracaso personal. Según Wilkinson y Pickett, a mayor desigualdad, mayor es la percepción de amenaza social y la ansiedad relacionada con el estatus, lo que provoca sentimientos de vergüenza que alimentan nuestros instintos de

retraimiento, sumisión y subordinación. Cuando la pirámide social se hace más alta y empinada, aumenta la inseguridad por el estatus.

Las demarcaciones sociales y culturales de clase, desde lo que comemos y nuestra forma de hablar hasta la cultura que consumimos, también se mantienen con rigidez en las sociedades más desiguales, lo que facilita todo tipo de discriminaciones.[352] Estas divisiones sociales exacerban la individualización de los fenómenos sociales. El cambio no se produce a través de una acción organizada basada en las clases, sino a través de individuos que actúan de manera «responsable». El mundo se salva de la proliferación de plásticos contaminantes gracias a individuos que se vuelven más conscientes sobre cómo usar los plásticos y no a través de las políticas gubernamentales. Entonces podemos señalar con el dedo a esos idiotas irresponsables que están destruyendo el medio ambiente en detrimento de todos, mientras ignoramos la falta de controles para la industria de la moda, una de las mayores contaminantes del planeta. La división y el control basado en las clases sociales emerge detrás de la cortina de humo de la individualización mientras caemos en estereotipos como el de esos *chavs*(25) irresponsables que perjudican a todos.[353]

En el neoliberalismo, las fuerzas del mercado se liberan para regir todos los aspectos del funcionamiento de la sociedad, incluidas las instituciones que antes eran propiedad del Estado o estaban reguladas o gestionadas por él. Desde el transporte hasta las escuelas, la ideología dominante es que la competencia hará que todo mejore. El valor de la competencia se propaga entonces desde los empleados hasta los clientes de esas instituciones. De este modo, la presión por el rendimiento llega a invadir todos los estratos

de la vida contemporánea. Desde la gestión empresarial hasta las prácticas académicas, desde la propia imagen hasta los juegos, el rendimiento se ha convertido en algo esencial. El conocimiento se produce midiendo el rendimiento de un sistema (y, por extensión, de un individuo), ya sea organizativo, cultural o tecnológico. Las instituciones y los individuos están sujetos a la vigilancia y al control continuos de sus logros mediante medidas indirectas de la eficiencia (desde las notas de los exámenes y las tablas de clasificación de las escuelas hasta las evaluaciones profesionales y el valor de las acciones en bolsa). El conocimiento y el poder se crean, por tanto, mediante la producción de información competitiva relacionada con el rendimiento.[354]

El efecto de absorber esta ideología es privatizar a los individuos hasta el punto de que las obligaciones hacia los demás y la armonía con la comunidad puedan convertirse en obstáculos en lugar de objetivos. En este sistema de valores de «autocuidado», los demás individuos están ahí para competir contra nosotros, ya que también están persiguiendo sus deseos personales. Averiguar quién ocupa el puesto más alto en cada contexto y, una vez alcanzado ese puesto, cómo mantenerlo, es más determinante para la identidad de la persona que la forma en que nos apoyamos unos a otros.

A los niños se les inculcan las virtudes de la competencia y el consumismo a través de la actuación competitiva en diversos ámbitos y a través de su experiencia en las instituciones sociales (como las escuelas), que se ven obligadas, por política, a encarnar estos valores. Las consecuencias emocionales del fracaso, como el sufrimiento, el miedo y la desmoralización, se normalizan, individualizan y despolitizan.[355] Cuando se experimentan

sentimientos de inseguridad, ansiedad y estrés, y «epidemias» de autolesiones, trastornos alimentarios, depresión, soledad y fobia social, se considera simplemente que son trastornos de individuos con «disfunciones». Son enfermedades que surgen de las deficiencias internas y que deben ser corregidas por profesionales de la salud. Por supuesto que no son el resultado de esta estructura social de «ganadores» y «perdedores».

La influencia de la competitividad empieza a edad temprana. Un análisis del rendimiento académico de toda la población escolar pública de Inglaterra en 2013 reitera un hallazgo común: que es diferente la suerte a lo largo de la vida de los más pequeños de la clase en comparación con la de los mayores. Los niños nacidos en agosto (los más pequeños de la clase) obtienen sistemáticamente peores resultados en los exámenes escolares, tienen más probabilidades de abandonar la educación prematuramente, de recibir un diagnóstico de TDAH, de decir que se sienten infelices y de no entrar en una universidad de alto nivel.[356] La competencia por el rendimiento, al parecer, se inicia a una edad temprana, y su influencia se extiende durante años.

Ni siquiera los exitosos pueden escapar al mandato de rendir adecuadamente. Se suele considerar que la persona emprendedora es alguien que puede asumir riesgos. Sin embargo, si no tiene éxito, o si tiene éxito y luego fracasa, o si tiene éxito pero no parece sentirse satisfecha, o si nunca siente que ha hecho lo suficiente para tener éxito, tal vez sea porque tiene un trastorno (como el TDAH) que ha provocado estas decepciones. Por supuesto, no será porque este sea un sistema diseñado para impedir la satisfacción. El capitalismo necesita cierto grado de caos y de ansiedad por rendir.

Mantener el concepto de «libertad» en las sociedades neoliberales significa que el control se ejerce a menudo a través de mecanismos que animan a las poblaciones a internalizar, a vigilarse a sí mismas y a autocensurarse.[357] Cuando un joven no alcanza el nivel elevado de eficiencia previsto o muestra lo que se interpreta como desviaciones del destino esperado para los sujetos neoliberales que triunfan (como ser capaz de divertirse y a la vez obtener unos buenos resultados académicos), se intensifican la introspección sobre los fracasos personales y la búsqueda de una solución individualizada.

La mercantilización aleja a las personas de una comprensión más reflexiva e integral de los problemas que experimentan. También desconecta a las personas de la posibilidad de que ya posean los conocimientos necesarios para saber cómo afrontar sus estados subjetivos. En cambio, se las anima a que compren productos básicos desarrollados técnicamente o por expertos, como diagnósticos, medicamentos y psicoterapias especiales, haciéndoles creer que mejorarán su calidad de vida sin apenas efectos adversos. En este exceso consumista se corre el riesgo de que desaparezcan el tiempo y el apoyo relacional necesarios para aprender a soportar y superar el dolor emocional.

Una vez que este sistema se pone en marcha, podemos prever que sucederán varias cosas. Los productos básicos tienden a proporcionar solo experiencias temporales de satisfacción, ya que los mercados deben seguir vendiendo para mantener el flujo monetario y, por lo tanto, deben seguir convenciendo a los consumidores de que existe un producto mejor. También se les debe enseñar que si dejan de consumir la marca (por ejemplo, renunciar a un diagnóstico

o dejar de tomar un medicamento) su vida se deteriorará. Una vez que un aspecto de la vida se haya convertido en objeto de la mercantilización, adquirirá una dimensión cada vez mayor a medida que continúe la presión para obtener beneficios.

Por supuesto que nada de esto es absoluto, y estoy describiendo tendencias que se fomentan más que recetas que todos sigamos ciegamente. El espíritu humano es tremendamente resistente. No hemos sucumbido como especie a las exigencias aislacionistas de la visión hayekiana del libre mercado. Ninguna cultura puede reducirse a historias únicas. Aunque el neoliberalismo promueva una versión particular del sujeto humano, coexisten muchas otras versiones. Siguen manifestándose la solidaridad, la compasión, el altruismo e incluso el amor por nuestros semejantes. Nuestro instinto de cuidar unos de otros sigue intacto. Mi experiencia de muchos años tratando y trabajando con familias me ha demostrado que el cuidado mutuo es una característica humana fundamental que no puede destruirse.

Antes de analizar la naturaleza colonial de la presión hacia la globalización del CISM, me gustaría terminar este capítulo señalando que es probable que la ola de crisis políticas que están experimentando los gobiernos occidentales esté amplificando la dinámica que he descrito. El imperio estadounidense está en decadencia, al igual que sus aliados. Esta sensación de decadencia, de estar acabados, de que ya no podemos confiar en la idea de que la vida mejorará, impregna nuestra cultura y nos prepara para que el CISM se introduzca e irradie sus mensajes a todos los rincones y sectores de la sociedad.

NO TODO VA BIEN

En el verano de 1989 se publicó un artículo titulado «El fin de la historia», del politólogo estadounidense Francis Fukuyama, que se convirtió en un éxito instantáneo.[358] Fukuyama argumentaba que, con la inminente caída de la Unión Soviética, se eliminaría la última alternativa ideológica a la democracia capitalista y el liberalismo occidentales. A partir de entonces, el mundo convergería en un único modelo político y económico. Esto anunciaría «el fin de la historia», es decir, el punto final de la evolución ideológica de la humanidad y la universalización de la democracia liberal occidental como forma definitiva de gobierno humano. Esto daría lugar a una mercantilización global y a una nueva era de relaciones internacionales que llevaría al mundo a alcanzar finalmente la homeostasis.

Pero la historia no tardó mucho en comenzar de nuevo. La democracia capitalista y el libre comercio no solo resultarían bastante frágiles, sino que el triunfalismo imperialista poscomunista sembraría las semillas de su posible desaparición. Los mercados necesitan un estado que proteja los intereses de la élite. En la actualidad, los estados occidentales están marcados por la inestabilidad política, la polarización de la opinión pública, los dirigentes políticos impopulares y el sentimiento generalizado de que la sociedad está averiada.

La avaricia del consumismo ha resultado provechosa para vender una imagen de abundancia y de posibilidades, y explotar nuestros deseos hedonistas (que todos tenemos). Detrás de esto va quedando un rastro de destrucción. A medida que este se hace más

difícil de ignorar, la fascinación por los excesos capitalistas se va desvaneciendo. Al líder del «mundo libre», Estados Unidos, le encanta sermonear a otros (e invadirlos, derrocarlos o sancionarlos de alguna otra manera) sobre la libertad y la democracia. Pero ¿cómo es la vida para la mayoría de las personas que viven allí, por no hablar de las que viven en países en los que ha intervenido el imperialismo estadounidense?

Desde finales de la década de 1970, los salarios del 70 por ciento de los trabajadores estadounidenses con los ingresos más bajos han permanecido prácticamente estancados. Entre 2009 y 2013, los salarios reales disminuyeron para el 90 por ciento de toda la distribución salarial más baja. Incluso los salarios de los graduados en carreras universitarias de cuatro años que se encuentran en el 70 por ciento inferior en la escala de ingresos se han mantenido estables desde el año 2000.[359] En abril de 2022, con los salarios estancados y la inflación más elevada en cuarenta años, más del 60 por ciento de los consumidores estadounidenses vivía al día, lo que supone un incremento del 9 por ciento con respecto a abril de 2021.[360] Muchas de estas personas estarán a punto de unirse a las seiscientas mil personas sin hogar que deambulan por un país con más de 17 millones de viviendas vacías.[361] En 2021 se estimó que había 34 millones de personas que padecían hambre, lo que incluía 1 de cada 8 niños; 53 millones recurrieron a bancos de alimentos,[362] mientras que cada año casi el 40 por ciento de todo el suministro de alimentos de Estados Unidos acaba en los vertederos.[363]

Más de 46 millones de personas en Estados Unidos viven con inseguridad hídrica, ya sea por falta de agua corriente o de agua apta para el consumo.[364] La esperanza de vida en este país ha

experimentado un descenso histórico, al pasar de 78,8 años en 2019 a 76,1 años en 2021; tanto es así, que el promedio de vida actual en Cuba, pese a haber experimentado seis décadas de bloqueos económicos y guerra híbrida, es de tres años más que en Estados Unidos.[365]

El pueblo estadounidense vive en una de las sociedades con mayor desigualdad económica de la historia de la humanidad. Más del 20 por ciento de los ingresos van a parar al 1 por ciento más rico de la población, que posee cerca del 40 por ciento de la riqueza del país. El 0,1 por ciento más rico concentra aproximadamente la misma proporción de la riqueza de Estados Unidos que el 90 por ciento más pobre.[366]

Mientras que la mayoría de los estadounidenses de clase trabajadora tienen dificultades para cubrir sus necesidades cotidianas, la riqueza de los multimillonarios se disparó en 2022 gracias al rápido aumento de los beneficios de la alimentación y la energía. Elon Musk, uno de los hombres más ricos del mundo, pagó una tasa de impuestos real de alrededor del 3 por ciento entre 2014 y 2018. Sin embargo, Christine, una vendedora de harina en Uganda, que gana 80 dólares al mes, paga unos impuestos del 40 por ciento.[367]

Lejos de ser el «faro de la democracia», Estados Unidos, junto con sus aliados en todo el mundo occidental, ostenta una democracia creada por y para los ricos, una clase oligárquica que mantiene la economía desviando dinero hacia arriba.(26) Esto es lo que hacen en todo el mundo globalizado, donde los acuerdos comerciales y el corporativismo transnacional mantienen el orden «basado en normas» a su favor. Las élites económicas y los grupos organizados

que representan intereses comerciales ejercen una influencia independiente notable en la política gubernamental de Estados Unidos, mientras que los ciudadanos corrientes y los grupos de interés de masas tienen poca o ninguna influencia.[368]

Según una encuesta de 2021, más del 60 por ciento de los estadounidenses se sentían insatisfechos con el sistema bipartidista y estaban dispuestos a aceptar alternativas de otro partido.[369] En 2023, solo el 16 por ciento aprobaba lo que hacía el Congreso.[370] Las encuestas de opinión de julio de 2022 revelaron que la confianza de los estadounidenses en los medios de comunicación era solo del 16 por ciento para los periódicos y del 11 por ciento para la televisión. En Estados Unidos, seis empresas de medios de comunicación controlan el 90 por ciento del consumo y la distribución de los medios de comunicación de masas.[371] Se ha afirmado que los medios de comunicación estadounidenses mantienen una relación simbiótica con el gobierno, con Wall Street y con las grandes corporaciones.[372] Se pueden encontrar tendencias similares en la mayoría de los aliados occidentales de Estados Unidos. Por ejemplo, la confianza en los principales partidos políticos del Reino Unido cayó al 12 por ciento en 2023, frente al 20 por ciento en 2022.[373]

Más de la mitad de los recursos fiscales de Estados Unidos se destina a mantener el ejército más caro del mundo (con un gasto superior al de los diez países que le siguen en la lista).[374] El complejo militar-industrial está en pleno auge. Encabezados por los gigantes de Lockheed Martin, Boeing, Raytheon y Northrop Grumman, nos estamos acostumbrando a una guerra sin fin, pero no en nuestros territorios (de momento). Después de la Guerra Fría y

de las guerras anticoloniales, la maquinaria bélica se convirtió, durante un tiempo, en una fuerza imparable que dejó millones de muertos. Afganistán, Irak, Libia, Siria, Yemen, Somalia, la antigua Yugoslavia y un sinfín de otros lugares donde los agentes de la CIA intentaron (a veces con éxito, a veces sin él) orquestar un cambio de régimen.

Estados Unidos tiene más de 750 bases militares extranjeras repartidas por ochenta países. Le sigue el Reino Unido, con 145 bases. Rusia tiene unas tres docenas de bases extranjeras y China solo 5. El presupuesto militar de Estados Unidos representa alrededor del 40 por ciento del gasto militar mundial. Además, el número de bases fuera del país es tres veces superior al de todos los demás países juntos.[375] Sin embargo, toda esta riqueza y poder no se han traducido en victorias sostenidas, pues hasta una secta medieval como la de los talibanes logró derrotarlos tras veinte años de ocupación en Afganistán, que dejaron al país, uno de los más pobres del mundo, en un estado posiblemente peor que cuando fue invadido inicialmente en 2001.

Estados Unidos también ha ejercido su poder económico mediante la imposición de sanciones (y la congelación de activos en dólares, que impide a los países propietarios acceder a ellos) contra un número cada vez mayor de países. Muchas economías emergentes están buscando (y encontrando) formas de comerciar en monedas distintas al dólar, un proceso conocido como «desdolarización».[376] Se están implementando nuevos contratos comerciales que no utilizan el dólar. Por primera vez en cuarenta y ocho años, Arabia Saudí, rica por su petróleo, está ahora también dispuesta a realizar transacciones comerciales en monedas distintas al dólar

estadounidense. [377] El grupo económico BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) anunció en agosto de 2023 que Argentina, Egipto, Etiopía, Irán, Arabia Saudí y los Emiratos Árabes Unidos habían sido invitados a incorporarse a la alianza (Argentina ha declinado la invitación). Más de cuarenta países han mostrado interés en unirse al BRICS y, de estos, veintidós han solicitado su adhesión de manera formal.[378]

La hegemonía militar y económica de Estados Unidos, aunque sigue siendo notable, se está debilitando.[379] Las señales del declive del poder son múltiples: desde el estancamiento económico para la mayor parte de su población hasta la disminución de la capacidad de dictar a otros países lo que pueden y no pueden hacer. Estados Unidos y sus aliados occidentales siguen siendo poderosos y parecen decididos a destruir cualquier parte del mundo que no se doblegue a su voluntad. Ya sea en Ucrania, Oriente Medio o África Occidental, el imperialismo estadounidense y occidental prefiere sembrar el caos antes que permitir que surja pacíficamente cualquier potencia rival.

Cada vez son más los libros y artículos que predicen un ocaso definitivo de la hegemonía estadounidense.[380] En su último libro, John Gray anticipa que el liberalismo occidental se encuentra en su etapa final debido al crecimiento de lo que él llama el «hiperliberalismo», una forma de hiperindividualismo en la que las personas tienen autonomía ilimitada para crear la identidad que deseen. Aunque no estoy de acuerdo con la visión de Gray de la naturaleza humana (como propensa al egoísmo y la violencia, en la línea de Hobbes), su conclusión de que el imperio occidental enfrenta serios problemas me parece acertada. La ideología hiperliberal funciona como una distracción de un capitalismo en

decadencia. La política identitaria demoniza a los que sufren más económicamente, con etiquetas que van desde la despectiva «cesta de deplorables» de Hillary Clinton hasta la de racistas para los votantes del Brexit. Aquellos que votan movidos por la ira hacia un sistema que los excluye son ridiculizados como estúpidos, brutos o engañados. Al aferrarse ansiosamente a los márgenes de la vida de la clase media, aquellos que quizá solo tengan un conocimiento superficial de la sociedad más amplia se dedican a alardear de su virtud desde una posición de superioridad moral. Como resultado, se va extendiendo una crisis de legitimación en la mayoría de las «democracias» occidentales, con profundas divisiones en la sociedad, lo que hace que la mayoría de los líderes sean vistos como ilegítimos por buena parte de su población.[381]

Este es el trasfondo político, económico y, por tanto, cultural de nuestra vida cotidiana. Gracias al CISM y la política de las identidades, el enojo contra la clase capitalista y belicista se canaliza hacia conflictos internos que son gestionados, tratados o modificados a través de la adquisición de derechos para tal o cual grupo minoritario. De este modo, al menos de momento, las desigualdades estructurales y el poder imperialista se salvan de una posible solidaridad de clase.

Mientras el imperio neoliberal pierde fuerza, el CISM sigue prosperando. Se están desarrollando las condiciones para conquistar el resto del mundo y el CISM ya ha incorporado la mentalidad colonial del imperialismo occidental, que es lo que analizo a continuación.

14

Psiquiatría colonial

> Cuando nos rebelamos, no es por una cultura concreta. Nos rebelamos simplemente porque, por muchas razones, ya no podemos respirar.
>
> FRANTZ FANON

Vieda Skultans, profesora de antropología social en la Universidad de Bristol, abandonó Letonia en 1945 como refugiada, con solo seis meses de edad. En 1990 regresó por primera vez a su país y en 1992 inició allí su extenso trabajo de campo. Asistió como observadora a numerosas consultas psiquiátricas y grabó más de trescientas. Entrevistó a psicoterapeutas, psiquiatras y neurólogos, así como a muchos de los pacientes que acudían a sus consultas. Organizó grupos de discusión y participó en varias conferencias organizadas por empresas farmacéuticas que atrajeron a cientos de psiquiatras de la región.

Skultans tuvo la oportunidad única de investigar qué sucede cuando una sociedad educada en el colectivismo sufre el cambio repentino que tuvo lugar en los estados exsoviéticos durante la década de 1990, con la introducción de una economía capitalista casi de la noche a la mañana. ¿Qué efecto tuvo esta transformación radical de los cimientos económicos, no solo en el grado de

sufrimiento emocional, sino también en los propios conceptos utilizados para comprender qué es este sufrimiento? En su influyente artículo, Skultans describe de qué manera Letonia fue invadida por la ideología del CISM, de tal modo que el diagnóstico de depresión, prácticamente desconocido hasta entonces, se convirtió en algo común, y el concepto de *nervi*, antes habitual, casi desapareció.[382]

Tras la caída de la Unión Soviética, los nuevos gobiernos de los países bálticos estaban deseosos de romper los lazos con su pasado soviético. Como muchos estados exsoviéticos, Letonia se embarcó en un rápido programa de descolectivización, mercantilización de la economía y reestructuración de las instituciones estatales existentes, como el servicio de salud. Las condiciones de vida empeoraron para gran parte de la población y muchos tuvieron que hacer frente a una mayor sensación de imprevisibilidad y precariedad.

Al mismo tiempo, la irrupción de los medios de comunicación y la publicidad occidentalizados trajo consigo la promesa de infinitas posibilidades para aquellos con talento y aspiraciones. El autocontrol y la autosuficiencia eran rasgos tradicionalmente asociados a la cultura letona, pero sin la moderación que aportaba una ideología colectivista se vieron reforzados y amplificados por la ética capitalista. Una consecuencia de ello fue que las personas que sufrían discapacidades físicas y psicológicas empezaron a avergonzarse de sus problemas y a mostrarse reacias a compartirlos con los demás.

Bajo el régimen soviético, a pesar del miedo y la desconfianza hacia el Estado, los individuos estaban integrados de muchas maneras en el *kolektivs* (el grupo colectivo), pero ahora se sentían solos y aislados. Una característica paradójica de una filosofía social

que pone énfasis en la libertad de elección es que las personas acaban teniendo menos poder de decisión sobre cómo gestionar la salud y la enfermedad. La atención sanitaria en la Letonia soviética se organizaba en torno a policlínicas atendidas por grupos de especialistas, entre ellos neurólogos y psiquiatras. El sistema concedía al individuo una autonomía considerable a la hora de elegir el tratamiento. Tras la independencia, la política estatal determinó que los letones recibían demasiados cuidados médicos y que existía una duplicación de recursos que suponía un derroche. El número de especialistas se redujo y, paralelamente, aumentó con rapidez el número de psicoterapeutas privados.

La industria farmacéutica organizó numerosas conferencias y se «educó» a los psiquiatras y médicos de familia sobre las categorías diagnósticas utilizadas en Occidente, como la depresión, que eran nuevas para ellos. El lenguaje de la depresión representaba una desviación radical de los lenguajes más antiguos en los que se basaban tanto la psiquiatría soviética como las concepciones populares del sufrimiento emocional.

Los valores tradicionales abogaban por el estoicismo y la conformidad con la propia suerte. Durante la época soviética, era habitual hablar de los *nervi*. Este término expresaba un estado de tensión, pero también una especie de coraje y desprecio por el peligro. Sufrir o vivir con *nervi* se consideraba una consecuencia inevitable de vivir bajo el dominio soviético. El concepto de *nervi* situaba a los pacientes y sus dolencias dentro de este contexto social más amplio de una historia compartida y unas circunstancias de vida comunes.

Preguntar por los *nervi* de una persona era invitar al relato de una historia personal. La gente hablaba de lo que sus *nervi* habían pasado y experimentado o sobrevivido. La conversación sobre los *nervi* podía referirse al exterior, ofreciendo una forma de entender el mundo y su importancia subjetiva, y al interior, revelando la naturaleza y los valores de una persona. En el discurso letón sobre los *nervi* existía una sensación de tensión dialéctica entre un estado de sociabilidad y otro de oposición y retraimiento, entre un yo que se siente cómodo con su entorno y otro que se mantiene al margen.

Los conceptos que llegaron con la occidentalización introdujeron en la sociedad letona una serie de síndromes y enfermedades hasta entonces desconocidos, entre los que destacaba la «depresión enmascarada».

La depresión como concepto representaba la interiorización de un mayor sentido de responsabilidad por las circunstancias personales, aunque las oportunidades para cambiar esas circunstancias fueran posibles solo para unos pocos de los más privilegiados de la población letona. La occidentalización se consideraba deseable y se relacionaba con el proyecto de modernización, libertad y abundancia. Por tanto, se imaginaba que la psiquiatría occidental era más científica y tenía mayor capacidad para explicar las causas de la angustia humana.

A diferencia de Occidente, los pacientes no utilizaban un lenguaje interiorizado (como estado de ánimo bajo, culpa, pensamientos negativos) para describir su malestar emocional. De este modo, no era posible detectar la depresión a través de los «síntomas» clásicos que se detallan en los manuales diagnósticos. Esto era debido, según se argumentaba, a que las costumbres culturales

enmascaraban la depresión. Aunque seguía siendo la misma depresión descrita en los manuales diagnósticos desarrollados en Occidente, se manifestaba de manera diferente. ¿Dónde hemos oído antes el concepto de «enmascaramiento»? Este es un truco útil que permite encajar lo que uno quiera en un marco conceptual predeterminado.

A medida que el concepto de depresión se fue arraigando en la mente de los psiquiatras y psicoterapeutas, la manera de enfocar las consultas ya no invitaba a la persona a hablar sobre el contexto social e histórico de sus dificultades. El sufrimiento ya no formaba parte de una lucha compartida, sino que revelaba algo médicamente incorrecto en la persona, algo que requería tratamiento con fármacos o terapia. Las consultas tenían ahora una función principalmente educativa: enseñar a los pacientes angustiados lo que significaba estar deprimido y convencerlos de que aceptaran el tratamiento «correcto». Las tasas de depresión aumentaron y, gracias al CISM, la rica y significativa historia psicosocial quedó enterrada.

La depresión se globaliza

En 1996, un influyente libro sobre la carga mundial de morbimortalidad,(27) publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), predijo que en el año 2020 la depresión sería la segunda causa de carga de morbimortalidad en todo el mundo.[383] La vinculación de la depresión con el suicidio aceleró la exportación del CISM a países como Letonia, que contaban con modismos

locales diferentes para entender y expresar los estados de sufrimiento. Esta exportación se adoptó como parte de las políticas institucionales globales.

Desde entonces, se han financiado múltiples programas para difundir la ideología occidental de la salud mental. En 2008 se introdujo el Programa de acción para cerrar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) de la OMS, que tenía como objetivo incrementar los servicios para atender los «trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en los distintos países, en especial en los de ingresos bajos y medios».[384] Los principales problemas de salud mental abordados en el mhGAP son los siguientes: «Depresión, psicosis, ideación suicida, epilepsia, demencia, trastornos debidos al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, trastornos mentales y de la conducta en niños y otras afecciones, como síntomas somáticos médicamente inexplicables y problemas emocionales, físicos o de la conducta tras la exposición a un factor de estrés extremo».[385] Podemos observar que los «trastornos» psiquiátricos se sitúan junto a los neurológicos, como la epilepsia. Esto permite considerar que la depresión y la ideación suicida, por ejemplo, pertenecen al mismo ámbito que las enfermedades cerebrales.

Las herramientas prescriptivas del mhGAP dejan poco margen para las interpretaciones locales del sufrimiento emocional y para las prácticas que podrían cuestionar la supuesta universalidad de las afecciones o apartarse de ella. Este programa, elaborado en torno a las conceptualizaciones diagnósticas psiquiátricas del sufrimiento emocional, muestra el característico sello de la colonización cultural y política.[386]

Una guía de la OMS de marzo de 2023 para los responsables políticos de todo el mundo describió el «trastorno depresivo» como un trastorno mental común que afecta a alrededor del 5 por ciento de los adultos en todo el mundo, más frecuente en mujeres que en hombres, y una de las principales causas de suicidio; añadía que existe un tratamiento eficaz para la depresión, pero que más de las tres cuartas partes de las personas que viven en países de ingresos bajos y medios no reciben ningún tratamiento.[387]

Esta forma de hablar del trastorno depresivo da por supuesto que es una enfermedad universal que puede responder a las mismas intervenciones sin importar en qué región del mundo se produzca. El trastorno depresivo del que habla la OMS tiene su origen en las definiciones que se encuentran en los manuales diagnósticos creados por la psiquiatría occidental. Lo que sucede entonces es similar a lo que ocurrió en Letonia. Se utiliza el concepto de depresión como si pudiera aplicarse de manera universal, como una definición de lo que constituye un «caso». A continuación, se exporta a todo el mundo y, al entrar en contacto con culturas locales donde no se pueden encontrar los «síntomas» enumerados en los manuales diagnósticos, la idea de la depresión «enmascarada» permite que el constructo sobreviva intacto en prácticamente cualquier lugar.

En tales casos, se presupone que sigue tratándose de depresión, pero que las tradiciones culturales han dado lugar a diferentes formas de expresar esta supuesta enfermedad subyacente. El enmascaramiento permite que los síntomas enumerados se vuelvan irrelevantes y que se creen formas de intuición mágica en las que el «experto» ya no necesita síntomas ni ninguna otra cosa aparte de

una profunda capacidad de percepción para detectar la «depresión» que se oculta detrás, por ejemplo, de un sinfín de dolores corporales. Enterrar los modismos locales y hacer que desaparezcan tiene muchas otras consecuencias. De esta manera, se pueden despolitizar las fuentes sociales y económicas de la angustia y el suicidio, además de suprimir el significado cultural más profundo y el sentido asociado al sufrimiento psicológico, que en muchas tradiciones supone una fuente de crecimiento, un camino para aceptar los límites de la capacidad humana y un mecanismo para fortalecer los lazos sociales.

La «depresión como concepto» impulsada por la globalización contribuyó a que un diagnóstico extremadamente raro en gran parte del mundo se convirtiera en uno de los más comunes.

Algunos cuadros clínicos plantean desafíos interesantes a la hora de saber cómo llevar a cabo el proceso colonial de enterrar el conocimiento local y convertirlo en principios universales de la cultura occidental. Un cuadro clínico común en algunos hombres del sudeste asiático se conoce localmente como *dhat* y se manifiesta como una preocupación por la «pérdida de semen», que se interpreta como causante de un posterior agotamiento de energía y debilidad.[388] Desde la visión del diagnóstico psiquiátrico, el *dhat* se interpreta a menudo como una manifestación localizada de un trastorno depresivo.

En un artículo que ilustra lo que ocurre al sustituir una creencia local por otra impuesta de Occidente, el profesor Sushrut Jadhav, psiquiatra de origen sudasiático que trabaja en el centro de Londres, imaginó cómo sería hacer este proceso a la inversa. Se preguntó qué pasaría si suponemos que *el dhat* es universal y que los síntomas

que imaginamos como «depresión» son en realidad «*dhat* enmascarado». Analizó las historias clínicas de cuarenta y siete británicos blancos a los que se les había diagnosticado un trastorno depresivo y encontró que lo que *en realidad* tenían era un síndrome de retención de semen, una variante del *dhat*. Así, llegó a la conclusión de que la interpretación indebida de los modismos usados para hablar del estado de ánimo, tanto por parte de los pacientes británicos blancos como de sus médicos, conduce al diagnóstico equivocado de depresión en vez de identificar el «*dhat* enmascarado».[389] Esto puede parecer divertido y absurdo desde la perspectiva ideológica del CISM, pero ¿no ilustra lo que sucede cuando utilizamos productos desarrollados en Occidente (como he argumentado, para un uso consumista) y los aplicamos de forma acrítica a otras poblaciones diferentes de todo el mundo?

El sufrimiento en un contexto budista podría llevar a que se confundiera el estado de iluminación con una depresión.[390] En el budismo, como en muchas religiones orientales, el sufrimiento tiene un papel importante a la hora de comprender en profundidad la naturaleza de la conciencia humana. Lejos de ser un signo de que algo anda mal en la persona, puede llegar a ser un medio para desarrollar una valiosa espiritualidad. En cualquier caso, ninguna sociedad sabe realmente distinguir entre el sufrimiento psicológico que es un signo patológico y las experiencias que no lo son. La tristeza y el dolor suelen relacionarse con la profundidad interior y la dignidad, no con la enfermedad.[391] Teniendo en cuenta estas diferentes maneras de experimentar el mundo, algunos antropólogos sostienen que la elevada tasa de depresión en Estados Unidos es el

resultado de una cultura que prioriza la búsqueda de la felicidad y el consumo como objetivo básico de la existencia humana.[392]

La depresión posparto suele considerarse un problema de salud pública importante en los países desarrollados, pero no es algo que se debata o se reconozca de manera general en otros lugares.[393] Los antropólogos han descubierto que, en algunas partes de África, Asia y el Pacífico, ciertos rituales sociales parecen proteger a las mujeres del estado de ánimo bajo y de la angustia que pueden sentir después de dar a luz. En esas sociedades, las medidas de protección incluyen el aislamiento social de la comunidad más amplia en el periodo posparto, el descanso obligatorio, la asistencia en las tareas y el reconocimiento (a través de rituales y regalos) del nuevo estatus social de la madre.[394]

En Japón, al parecer, las tasas de lo que se considera depresión son significativamente inferiores que en los países desarrollados de Occidente; sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en esos países, el número de hombres con depresión supera ligeramente al de mujeres. ¿Sigue siendo la misma depresión? ¿Qué nos dice esta diferencia sobre las interpretaciones sociales y culturales del estado de ánimo bajo? Según el estudio de la antropóloga Margaret Lock, esta diferencia se debía a que muchas mujeres japonesas no reconocían la «depresión» como tal. Las mujeres del estudio de Lock, incluso las que se encontraban en circunstancias socioeconómicas difíciles, insistían en decir que su sufrimiento era insignificante, que incluso eran afortunadas si se comparaban con sus propias madres, que habían sobrevivido a la Segunda Guerra Mundial y sus secuelas.[395]

En China, hace algunas décadas, un diagnóstico que los psiquiatras utilizaban con frecuencia era el de «neurastenia». Se usaba para describir los síntomas de fatiga, debilidad corporal y agotamiento experimentados tras realizar un esfuerzo mínimo. Tenía algo en común con la dolencia más tradicional denominada *fan nao*, que se caracteriza por sentimientos de cansancio, preocupación y angustia, tener pensamientos contradictorios y deseos insatisfechos. Podía manifestarse como irritabilidad. La fatiga puede verse como un constructo cultural que simboliza las consecuencias de «estar ocupado» y de la productividad, mientras que su ausencia podría ser un signo de indolencia. El síntoma de fatiga, por lo tanto, lleva implícitas capas de significados sociales. Debido a que en China la neurastenia se trataba como un diagnóstico físico más que psicológico, conllevaba menos responsabilidad individual en su origen que el diagnóstico que pronto la reemplazaría, el de depresión.[396]

En las últimas dos décadas la neurastenia ha experimentado una transformación radical en China. A medida que el país se ha ido integrando en el sistema económico mundial, el sistema de clasificación estadounidense de trastornos mentales (el *DSM*) ha ido ganando cada vez más influencia. Se empezó a cuestionar que la neurastenia fuera una categoría psiquiátrica y, poco a poco, fue abandonándose, hasta acabar siendo reinterpretada como la «enfermedad» de la depresión.[397]

En muchos países, el suicidio se ha convertido en un problema importante. En la India, ha alcanzado cifras récord el número de suicidios entre los agricultores. En 2022 se suicidaron más de 5.500, lo que supone un aumento del 9 por ciento respecto a 2020 y del 29

por ciento respecto a 2019. Es habitual que los agricultores se enfrenten a dificultades como las malas cosechas, el aumento de los gastos agrícolas y los bajos precios del mercado, lo que los atrapa en una espiral de creciente endeudamiento.[398] Las políticas agrícolas de liberalización y globalización de la década de 1990 dieron prioridad a los mercados abiertos y tuvieron un efecto desproporcionado y adverso en las pequeñas explotaciones, ya que el Estado retiró las subvenciones, dejando solo un apoyo mínimo.[399] Los relatos de las familias de estos agricultores revelan la acumulación de una deuda financiera y moral dentro de una red de relaciones familiares y de casta que desemboca en patrones de humillación personal y familiar, y conlleva una profunda sensación de desesperanza.[400]

Los factores políticos y culturales pueden volverse invisibles si se da por sentado que el principal problema que conduce al suicidio es la depresión. Desde esta perspectiva, se considera que lo que provoca los suicidios es la poca atención que se presta a los problemas de salud mental. Esta escuela de pensamiento recomienda la intervención psiquiátrica precoz como principal medida preventiva.[401] La mayoría de los artículos publicados en revistas de salud mental sobre los suicidios de agricultores indios instan a reducir el acceso a los medios de suicidio y a aumentar el acceso a la psiquiatría, la psicología y la medicación. De este modo, el problema central se traslada de la esfera política, donde se requieren justicia social y reformas políticas, al ámbito individual, donde se necesita tratamiento.[402]

Estas diferencias y matices culturales desaparecen en el mencionado mhGAP de la OMS, y no han impedido que *The Lancet*,

una de las principales revistas médicas, lo promueva. En 2007 publicó una serie de artículos sobre salud mental en todo el mundo.[403] En 2018, la Comisión de *The Lancet* consideró que era necesario expandir la agenda de salud mental mundial, pasando de centrarse en reducir la brecha en el tratamiento a mejorar la salud mental de toda la población a través de un abordaje de las brechas en la prevención y la calidad de la atención.[404]

En el sitio web de *The Lancet 200* puede verse una película estrenada en 2023 que ofrece información actualizada sobre el movimiento para la salud mental que se está promoviendo en todo el mundo.[405] La película, que tiene como objetivo celebrar los logros y fomentar una mayor expansión del movimiento, no cuestiona ni una sola vez lo que entendemos por salud mental. Casi todas las personas que aparecen viven en Londres, y la exhortación a ampliar los servicios se basa en mejorar el acceso a los tratamientos desarrollados casi exclusivamente en los sistemas occidentales de salud mental. La única idea en la película que no proviene de Occidente es un «banco de la amistad», que surgió en Zimbabue. Uno de los facilitadores de este servicio explica que «forman a los consejeros para que hablen con la gente» y que «la gente viene a hablar de sus problemas sociales y de pareja». Es decir, esta tecnología de salud mental consiste en ofrecer un banco para que la gente venga a hablar de sus problemas, que resultan ser principalmente relacionales y sociales. ¿Se necesita una formación para hacer eso? ¿Es necesario ser un «consejero» cualificado para hablar con la gente sobre sus problemas sociales (a menudo relacionados con su situación económica o de vivienda) y relacionales?

En su libro *Crazy Like Us* [«Locos como nosotros»], publicado en 2010, Ethan Watters documenta que este movimiento global de la salud mental fomenta intervenciones que han despreciado y luego intentado cambiar las creencias locales. Las enfermedades mentales más populares en Norteamérica y Occidente se han extendido por todo el mundo. Describe que en Sri Lanka, tras el tsunami, los terapeutas occidentales especializados en traumas, en su prisa por ayudar, despreciaron involuntariamente las expresiones locales de dolor, sufrimiento y sanación. Como mencioné en el último capítulo, Watters siguió en Hong Kong los últimos pasos de la adolescente cuya muerte desató una epidemia de la versión estadounidense de la anorexia nerviosa, después de que los «expertos» occidentales inundaran los medios de comunicación locales con información sobre los trastornos alimentarios y cómo reconocerlos. Watters también revela cómo una campaña multimillonaria de las empresas farmacéuticas transformó la experiencia japonesa de la infelicidad a través de la comercialización consciente de la enfermedad de la depresión. Cuando comenta que en los países no industrializados se observa una evolución más positiva de la psicosis, contrapone la mejor evolución clínica de una mujer en Zanzíbar, cuya familia abordó sus experiencias psicóticas desde una perspectiva relajada, sin prejuicios y espiritual, con la de una persona de otra familia del país atendida por los servicios psiquiátricos y que recibió medicación, al estilo occidental.[406]

El CISM ha sido un producto de exportación de gran éxito.

Mentalidades coloniales

Resulta difícil pasar por alto los aspectos profundamente coloniales y racistas de la ideología de la salud mental. El colonialismo europeo devastó sociedades y economías, en especial las del continente africano. Fue necesario justificar principios como la necesidad de civilizar a los pueblos supuestamente atrasados, a los que se retrataba como tan primitivos psicológicamente que ser esclavos de un amo era algo bueno para ellos. La tarea de civilizar se describía como «la carga del hombre blanco», una expresión que se hizo popular a partir de un poema de Rudyard Kipling con este título, publicado en 1899. La filosofía que sustentaba esta supuesta carga consistía en las tres «C» del colonialismo: «civilización, cristianismo y comercio».

El cristianismo trastocó las tradicionales creencias religiosas de África, así como toda la estabilidad económica y política del continente. En el Congo, uno de los países más afectados, se impusieron leyes como la prohibición de practicar religiones no europeas. Los misioneros enviados debían enseñar a los nativos cuál era el verdadero Dios al que debían adorar. Estos misioneros llegaron a todos los países del imperio, con poca o ninguna información sobre las circunstancias locales. Su objetivo era «salvar almas».[407]

La creencia en una misión civilizadora sigue viva en los misioneros coloniales del CISM. Las poblaciones no occidentales necesitan la ilustración científica para liberarse de las supersticiones que los llevaron a creer en nociones primitivas como el *dhat* y los *nervi*. Necesitan educación para reconocer la depresión y todas las demás gloriosas revelaciones que se pueden obtener a través del *DSM*. Sus pobres almas han sido empañadas por el estigma que traen sus supersticiones. Podemos liberarlas ayudándolas a ver que la

depresión es solo una enfermedad más que puede detectarse y curarse. La «psiquiandad» enviará a sus misioneros para salvarnos, y demostraremos nuestro agradecimiento cuando las compañías farmacéuticas pasen sus bandejas para recolectar nuestro dinero.

Antes de que el CISM se hiciera con el poder en todo el mundo, la psicología y la psiquiatría occidentales estaban ya tan imbuidas de la idea de que existen jerarquías culturales y morales entre los humanos que se daba por sentado que los «nativos» colonizados eran psicológicamente «primitivos». A diferencia de los europeos civilizados, no habían desarrollado una «mentalidad psicológica». Hasta bien entrada la segunda mitad del siglo pasado, los psiquiatras debatían sobre las causas de la ausencia de depresión entre los no occidentales y sostenían que se debía a su inmadurez psicológica y a la falta de discernimiento y de culpa cristiana. Algunos, haciéndose eco de la idea de Jean-Jacques Rousseau sobre los «buenos salvajes», afirmaban que los nativos no eran propensos a la depresión debido a su falta de responsabilidad personal y social.[408]

El psiquiatra Suman Fernando, que emigró de Sri Lanka al Reino Unido a principios de la década de 1960, ha escrito extensamente sobre la presencia ubicua del racismo en la historia de la ideología de la salud mental y de la resistencia obstinada a su erradicación. En su libro *Institutional Racism in Psychiatry and Clinical Psychology* [«El racismo institucional en psiquiatría y psicología clínica»] sostiene que las teorías y tecnologías de la psiquiatría y la psicología han ayudado a apuntalar las ideologías racistas y han contribuido a la «alterización» de ciertos grupos sociales. Durante los siglos del expansionismo colonial europeo, el racismo basado en el color de la piel, el colonialismo y el imperialismo se reforzaron mutuamente. A

los nativos no blancos de las colonias se los consideraba inmaduros e infantiles y, por tanto, incapaces de gobernarse a sí mismos.[409]

Los alienistas (como se llamaba a los primeros psiquiatras) participaron en la creación de categorías diagnósticas que autorizaban la esclavitud. La *drapetomanía*, una forma de locura que inducía a los esclavos a huir, es quizás el ejemplo más conocido, mientras que la *disestesia etiópica* era un término utilizado para referirse a una deficiencia en la capacidad psíquica para hacer frente a la vida civilizada.

Los padres fundadores de la psicología contribuyeron con sus teorías a preservar el racismo. En el Reino Unido, sir Francis Galton inició el movimiento eugenésico con su libro de 1883, *Investigaciones sobre la facultad humana y su desarrollo*. En su búsqueda de una sociedad mejor, los eugenistas creían que era posible perfeccionar a las personas a través de una reproducción selectiva que condujera a la mejora racial (a menudo denominada «higiene racial»). La filosofía de la eugenesia se extendió por el mundo eurocéntrico, de modo que, al final de la Primera Guerra Mundial, la mayoría de los países industrializados contaban con organizaciones para promoverla. En la Segunda Guerra Mundial, la eugenesia alcanzó su destino final en las cámaras de gas de los nazis.[410]

Stanley Hall, fundador de la psicología estadounidense y primer presidente de la Asociación de Psicología Estadounidense, fue un firme defensor de la eugenesia racial. Como otros contemporáneos suyos, apeló a los principios evolutivos para establecer una jerarquía racial hereditaria. Ante la migración a gran escala de personas empobrecidas a los Estados Unidos a principios del siglo XX, el

psicólogo Henry Goddard, otro eugenista convencido, creó una estación de pruebas de inteligencia en Ellis Island, uno de los principales puertos de entrada al país. Su objetivo era eliminar a aquellos que tuvieran una «debilidad mental» hereditaria. Según los resultados de Goddard, entre el 70 y el 80 por ciento de los judíos, italianos y húngaros eran «imbéciles» o «débiles mentales». Al mismo tiempo, un eminente psicólogo de Stanford, Lewis Terman, defendía las diferencias en la inteligencia basadas en la raza. A finales del siglo xx, una serie de psicólogos, como Hans Eysenck, Arthur Jensen, Richard Herrnstein y Philippe Rushton, también presentaron lo que afirmaron (incorrectamente) que eran pruebas de estas diferencias.

Todas estas invocaciones a las jerarquías raciales, culturales e incluso morales tuvieron (y siguen teniendo) profundos efectos en la identidad del colonizador y del colonizado. Frantz Fanon, psiquiatra, psicoanalista y filósofo francés antillano, comprometido con la lucha anticolonial en Argelia, escribió sobre la experiencia de ser negro en la Francia racista de la posguerra de la Segunda Guerra Mundial en su libro *Piel negra, máscaras blancas*, publicado en 1952.[411] Más tarde, en *Los condenados de la tierra* (1961), describió lo que significa ser psicológicamente colonizado.[412] Los colonizados, afirmaba, deben «hacerse constantemente la pregunta: "¿quién soy?"». La lógica colonial separa a los colonizadores de los nativos y requiere la deshumanización de estos últimos para facilitar su explotación. Esto afecta a la realidad psicológica, tanto del colonizador como del colonizado.

Un «yo» europeo se desarrolla en su relación y encuentro con el «otro» (no europeo). Para lidiar con la sensación de inadecuación

psicológica, el nativo intenta ser lo más blanco posible, adoptando los valores, religiones y prácticas occidentales. Fanon llama a este fenómeno ponerse máscaras blancas sobre pieles negras, lo que provoca una dualidad casi psicótica. Además, la sensación de inadecuación e inseguridad en la psique colonizada genera violencia, que puede verse como una forma de autoafirmación, un intento de combatir esta sensación de inadecuación. En consecuencia, los nativos se encasillan aún más al ser demonizados por su naturaleza, percibida como inherentemente violenta. Se los declara insensibles a la ética; no solo representan la ausencia de valores, sino también la negación de estos. De esta manera, se terminan convirtiendo en la encarnación del mal para el colonizador.

El autor palestino estadounidense Edward Said, en su libro titulado *Orientalismo* (1978), introduce el término «orientalismo» como un concepto crítico para describir la manera despreciativa en que Occidente suele representar y retratar a Oriente. Según Said, las obras y las ideologías orientalistas dan forma activa al mundo que describen y perpetúan la visión de las personas del Cercano y Lejano Oriente como inferiores, serviles y necesitadas de salvación. Como resultado, estos estereotipos racistas, a veces romantizados, crean una visión del mundo que justifica el colonialismo y el imperialismo occidentales.[413]

Gayatri Spivak desarrolló y aplicó el concepto de «violencia epistémica» de Foucault para describir la destrucción de las maneras no occidentales de percibir el mundo y la consiguiente supremacía de las tradiciones occidentales para conceptualizar la humanidad. Utilizó el término «subalterno» para designar a las poblaciones coloniales que están social, política y geográficamente excluidas de

la jerarquía de poder y del territorio central de un imperio. El término «subalterno» fue acuñado inicialmente por Antonio Gramsci para identificar la exclusión cultural que desplaza a personas y grupos sociales específicos de las instituciones socioeconómicas de la sociedad, con el fin de negar su capacidad de intervención y su voz. A Spivak le preocupaba especialmente lo que consideraba como violencia epistémica contra las mujeres de los subalternos colonizados, relegadas a los márgenes sociales junto con sus formas no occidentales de percibir, comprender y conocer el mundo.[414]

Los vestigios de estos ideales racializados y etnocéntricos siguieron presentes en los debates psicológicos y psiquiátricos de finales del siglo XX, que describían a los occidentales como «psicologizadores» introspectivos e intelectualmente elocuentes, y a los no occidentales como «somatizadores» irreflexivos y más instintivos.[415] A los no occidentales se les consideraba incapaces de reconocer el malestar psicológico, que expresaban en forma de síntomas corporales. A las mujeres y a las clases trabajadoras también se las tachó a menudo de «somatizadoras» hasta bien entrado el siglo XX.[416]

En las ideologías que dieron origen al CISM está profundamente arraigada la jerarquía de las mentes.

INCORPORAR Y DEFENESTRAR EL RACISMO

La brutal muerte de George Floyd conmocionó profundamente a la población de Estados Unidos y, más tarde, a la de la mayor parte del mundo occidental. Los sentimientos de ira, tristeza y repulsión se -

extendieron ante la última de una larga lista de muertes de estado-unidenses negros en una sociedad donde hay un número extraordinario de jóvenes negros que son encarcelados en el complejo industrial-penitenciario o que son víctimas de la brutalidad policial. Las protestas se propagaron de una ciudad a otra y, en ese clima, el clamor por un cambio radical en la política y el reconocimiento de la desventaja estructural se hicieron más fuertes e imposibles de ignorar.

Ya he comentado en el capítulo 12 de qué manera el movimiento Black Lives Matter fue secuestrado por el *marketing* corporativo. Se puede contar una historia similar sobre la psiquiatría institucional.

En la semana posterior al asesinato de George Floyd, ocurrido el 25 de mayo de 2020, tomó fuerza un debate en la lista de correos electrónicos de la Critical Psychiatry Network(28) del Reino Unido, de la que formo parte. Decidimos que era un momento oportuno para escribir al recién elegido presidente del Royal College of Psychiatrists.

Redactamos una carta abierta al doctor Adrian James, en la que afirmábamos que la psiquiatría arrastraba una historia difícil y a veces vergonzosa, que incluía la connivencia con el asesinato masivo eugenésico en la Alemania nazi y el haber calificado de enfermos mentales a los manifestantes por los derechos civiles y los disidentes políticos. Hicimos notar que seguimos encarcelando de manera desproporcionada a pacientes negros y obligándolos a recibir tratamiento. La carta analizaba la historia de la profesión, que no solo incluía ignorar los efectos de la discriminación en los pacientes, sino también tachar a otras culturas de psicológicamente primitivas. Instábamos al nuevo presidente a crear una comisión totalmente

independiente para evaluar todos los planes de formación y las guías de práctica que elabora el College, con el fin de analizarlos con respecto a la raza y la cultura. La carta tuvo una difusión considerable y otros colegas y yo nos entrevistamos con los medios televisivos y la prensa.[417]

Tras un intercambio de cartas, nuestra sugerencia de crear una comisión independiente fue (tal vez como era de esperar) rechazada por el doctor James.

Sin embargo, el Royal College puso en marcha la creación de un nuevo grupo de trabajo sobre raza e igualdad. Se llevó a cabo una investigación interna sobre el racismo y la discriminación en los servicios de salud mental. Yo participé en algunas de las sesiones como invitado. Fue como ser testigo de la política identitaria a lo grande. Los psiquiatras hablaron de su experiencia con el racismo que obstaculiza los ascensos y de las actitudes de los pacientes blancos hacia los psiquiatras negros y de otras razas. Estas son cuestiones importantes, pero el debate en torno a los pacientes versó sobre la importancia de acceder con prontitud a un tratamiento, la eliminación del estigma asociado a las enfermedades mentales en comunidades que puedan ser reacias a solicitar ayuda y la educación sobre salud mental y enfermedades mentales.

Las cuestiones sobre la raza y la cultura se redujeron a la visibilidad. Nunca se comentó el sesgo inherente a nuestra práctica diagnóstica. Y lo que es peor, la idea de que las comunidades minoritarias necesitaban educación debido a su tendencia a la estigmatización revelaba que el modelo jerárquico colonial imperante seguía institucionalmente arraigado. No se discutió de manera adecuada (ni siquiera mínimamente) el poder de los relatos, la

mezcla de los intereses de los grupos profesionales con los personales y el hecho de haber ignorado cualquier cosa que fuera más allá (literalmente) de la superficie de la piel.

El Plan de Acción para la Igualdad del College se publicó en enero de 2021.[418] Parecía un retroceso hacia el gerencialismo corporativo. La mayor parte de las soluciones propuestas consistían en una lista de recomendaciones abstractas basadas en procesos sobre la necesidad de disponer de más datos y una mejor educación. No había nada sobre la naturaleza de los conceptos, la historia y la especificidad cultural del sistema que utilizamos para el diagnóstico y el tratamiento. El ejercicio obligatorio de relaciones públicas se había llevado a cabo satisfactoriamente, sin necesidad de exigir ningún cambio fundamental.

El doctor James terminó su mandato de tres años como presidente del Royal College of Psychiatrists en junio de 2023. La nueva presidenta, la doctora Shubulade Smith, era una de las dos responsables presidenciales para la raza y la igualdad nombradas por James. En una entrevista sobre sus objetivos para la presidencia, Smith declaró que deseaba trabajar con los socios internacionales del College para influir en la salud mental mundial y que tenía ideas innovadoras sobre cómo hacerlo, como que el Banco Mundial pusiera como condición para sus préstamos la provisión de servicios relacionados con la salud mental.[419]

El CISM está en buenas manos.

15

Recuperar las emociones

> La verdad última y oculta del mundo es que es algo que hacemos nosotros y que podríamos hacer de otra manera.
>
> DAVID GRAEBER

Llevaba dos años viendo a Charlotte de vez en cuando. Ahora tenía diecisiete años. Antes de que la tratara, la habían atendido en nuestro servicio y desde los trece años había recibido diferentes intervenciones terapéuticas. Se habían ensayado todo tipo de estrategias. Yo la había atendido sola, con su madre, con su padre (los padres estaban separados), incluso una vez con su novio. Habíamos analizado sus pensamientos, hablado de sus traumas y hasta probado un tratamiento farmacológico que abandonó, tras sentir al principio que era genial y, un par de meses más tarde, llegar a la conclusión opuesta. Había dedicado tiempo a observar sus fortalezas y su resiliencia natural. Comenté el caso con mis colegas y les pedí su opinión. Durante esos dos años hubo periodos en los que estaba mejor y luego, en algún momento, se derrumbaba, se metía en la cama y se aislaba durante días, e incluso semanas. A veces, tenía otro tipo de experiencias y conductas, como pensamientos intrusivos e imágenes de ella misma o de otras personas muriendo

de forma horrible, épocas en las que se alimentaba muy mal y otras en las que se angustiaba por su salud, por ejemplo, pensando que tenía un tumor cerebral.

Ahora pasaba por otro periodo de bajón. Yo me estaba preguntando qué decir, cuando Charlotte soltó enfurecida:

—¿Cómo puedo quitarme esta cosa de la cabeza?

—¿Qué cosa? —dije yo—. ¿A qué te refieres?

—Esta depresión, esta cosa, lo que sea, de la que no consigo liberarme.

—¿Puedes explicármelo mejor? —insistí.

—Está claro que me pasa algo, un desequilibrio químico o algún problema cerebral. Una enfermedad mental o algo así. Sea lo que sea, no puedo liberarme de ello.

Me di cuenta de que nunca había tenido una conversación con Charlotte, ni con la mayoría de mis pacientes, sobre qué tipo de teoría o modelo tenían acerca del origen de sus problemas. Qué estúpido por mi parte. Esto fue hace muchos años, pero la mayoría de los jóvenes ya tenían acceso a Google y, por supuesto, lo usaban para tratar de dar sentido a los dilemas que vivían.

—¿Qué quieres decir? —seguí—. No te pasa nada. Solo estás reaccionando como se supone que deben reaccionar los seres humanos. No hay ningún desequilibrio químico ni problema cerebral. En las épocas en las que estás mejor, has demostrado que tienes un cerebro excelente, capaz, imaginativo y empático. Funciona a la perfección.

Charlotte se quedó en silencio, mirando al suelo durante aproximadamente un minuto. Su largo cabello castaño rojizo le caía

sobre los hombros, cubriéndole la espalda, y también a ambos lados de la cabeza. Levantó la vista con una expresión algo inquisitiva.

—Pero seguro que hay algo que no funciona en mi cerebro, algo que no está bien —añadió—. Algo como... no sé, puedo sentirlo.

—Los sentimientos son reales, poderosos y angustiosos —expliqué —. Me doy cuenta de cómo te afectan. Pero ¿y si el hecho de creer que hay algo malo en tu cerebro o en tu mente fuera lo que está impidiendo que te cures? ¿Y si el problema fuera justamente que crees que el problema está en ti?

Durante el resto de esa sesión y de las dos siguientes hablamos más sobre el poder de la creencia de que había algo malo en su cerebro o en su mente. Hablamos de las conversaciones que había tenido con sus amigos, de lo que había oído en los medios de comunicación y de lo que había encontrado en Google. La idea de que había algo malo en ella estaba tan profundamente arraigada en su identidad y en su sentido de sí misma que le resultaba difícil no creerla. Estaba apegada a lo que sentía que era una parte de ella y, a la vez, lo rechazaba. Parecía estar en una batalla perpetua tratando de suprimir, ignorar, controlar y deshacerse de manera desesperada de esta parte. Pero no desaparecía. Debía de ser imposible liberarse de ella.

A veces eso le parecía bien, incluso deseable: tenía una razón para no poder hacer lo que quería. No era culpa suya. Otras veces se sentía muy frustrada, abatida, aturdida o abrumada al pensar en esa «cosa», ese «problema mental», esa «depresión», ese «trastorno», esa «desregulación» que siempre estaba ahí. Incluso en los días buenos, cuando se sentía más feliz, esa cosa seguía acechando en los rincones oscuros de su mente. Nunca podía disfrutar o sentir paz

o satisfacción sin más porque eso estaba ahí. Siempre ahí, en algún lugar. Tarde o temprano, la sombra volvería a devorarla. Era «resistente al tratamiento». Cada vez que creía estar por fin curada, volvía a aparecer. Dejó de tener esperanzas. Pero aun así las tenía. ¿Cuál era la parte que seguía esperanzada? ¿Era su inconsciente el que había tirado la toalla y su parte consciente la que aún tenía esperanzas? ¿O era al revés? Quizá sería este tratamiento, o el siguiente, o el de después el que acabaría con el demonio. Pero ¿quién era ella sin esa cosa?

Empezó a entenderlo. La creencia de que había algo que no funcionaba bien en ella se había convertido en la causa principal de su malestar. Lo que sentía acerca de sus sentimientos era lo que hacía que le parecieran tan horribles, y eso perpetuaba la creencia (que yo compartía) de que curarse significaba sentirse mejor, en lugar de cambiar la manera de sentirse acerca de sus sentimientos. Esto tiene cierta relación con el concepto psicoanalítico de los objetos internos y con la manera en que nos relacionamos con nuestros objetos internos. La depresión, la enfermedad mental o los síntomas se habían convertido en un objeto internalizado (en una parte de ella) que percibía como amenazante o peligroso pero que, a veces, también encontraba extrañamente seductor. Los relatos culturales que oímos acerca de la depresión, la enfermedad mental o los síntomas refuerzan los límites, la presencia y la concreción de ese objeto interno. Asociamos una serie de sentimientos con el objeto y, de este modo, crece el poder de ese objeto sobre nosotros.

Empezó a desvanecerse el apego de Charlotte a la creencia en ese misterioso ente en su interior que la había secuestrado. El siguiente episodio de bajón le duró tres días. Se resistió a pensar «oh, no, ya

está aquí otra vez». Descubrió que después de tres días en la cama estaba lista para levantarse y seguir con su vida. Algo había cambiado. La depresión o la enfermedad mental ya no eran cadenas que la aprisionaban dondequiera que fuera e hiciera lo que hiciera. Al poco tiempo, por primera vez, Charlotte me dijo que se sentía preparada para ser dada de alta.(29)

Después de esto, y pasados los años, comprendí que el problema de un número cada vez mayor de pacientes es la creencia de que tienen un problema de «salud mental». No quiero decir que no tengan un problema, ni que quieran llamar la atención, ni que «exageran», ni que su angustia no sea real. Muy al contrario. El sufrimiento es real, tangible, profundo, incapacitante, y puede ser extremadamente peligroso. A veces lleva a la persona a provocarse autolesiones graves y al suicidio.

A menudo me plantean cuestiones como estas:

—¿Qué me pasa…? ¿Por qué me siento así…? ¿Cuál es mi diagnóstico?

—Si tuvieras un diagnóstico, ¿qué crees que cambiaría para ti? —les pregunto.

—Entendería la razón por la que me siento así... Sabría qué me pasa... Eso explicaría por qué me siento así... Podría buscar el diagnóstico en internet... Usted sabría cuál es el tratamiento adecuado.

—Si entendieras lo que te ocurre y existiera un tratamiento adecuado, ¿qué crees que cambiaría?

—No me sentiría tan deprimida... Dejaría de estar ansiosa... No tendría estos pensamientos intrusivos... Dejaría de tener estos cambios de humor... No me enfadaría tanto todo el tiempo.

Así es como llegamos a la idea de que se trata de algo que hay que eliminar en lugar de aprender a vivir con ello. Esto es comprensible. Cuando lo que ocurre se interpreta como «síntomas», uno quiere deshacerse de ellos. Entonces, el tratamiento debe orientarse a eliminar una experiencia mental.

El CISM ha influido en nuestra cultura hasta tal punto que recelamos de una serie de experiencias emocionales y, por consiguiente, creemos que para mejorar nuestra salud mental debemos deshacernos de una serie de sentimientos que ahora se etiquetan no solo como indeseables, sino también como ajenos, destructivos y peligrosos. Los sentimientos indeseables son enfermedades, trastornos, dolencias, males tan poderosos como el cáncer, que pueden propagarse, contagiarse y apoderarse de nuestras mentes. Son versiones modernas de los estados de posesión, que emergen de nuestros genes en forma de sustancias químicas cerebrales que son defectuosas. Cuidado con ese sentimiento, se nos dice: no se trata de un sentimiento ni de una experiencia, sino de un «síntoma». La clave está en la intervención precoz. Si dejamos que ese síntoma se desarrolle, se apoderará de todo, será difícil eliminarlo y los modernos sacerdotes del CISM tendrán dificultades para realizar sus exorcismos científicos. De cualquier modo, se trata de enfermedades crónicas y, como ocurre con la diabetes, se deberán administrar «insulinas» de por vida. Las emociones son peligrosas. Hay que controlarlas.

Brooke Siem es escritora, conferenciante y chef galardonada. La conocí cuando los dos participamos como ponentes en un encuentro organizado por la Richard Fee Foundation en Virginia Beach, en enero de 2023. Me llamó la atención en ella lo que considero la

extraordinaria valentía de lo ordinario. A Brooke le recetaron antidepresivos por primera vez a los quince años por sufrir «depresión» y «ansiedad». Después de más de una década de tratamientos sucesivos con diferentes tipos de antidepresivos se preguntó quién sería si los dejaba. Tomó la decisión de abandonar la medicación psiquiátrica que le habían recetado. Pasó por la agonía de los síntomas de abstinencia, sobre los cuales ningún profesional de la medicina le había advertido. Tardó cerca de un año en deshabituarse, pero al final lo consiguió y se curó de lo que le habían dicho que sería una enfermedad de por vida. Su conmovedor libro *May Cause Side Effects* [«Puede tener efectos secundarios»], publicado en 2022, relata esta experiencia.[420] Cuando la conocí, habían transcurrido seis años desde su curación.

Brooke me recordó a Charlotte y a muchas otras personas que llegaron a convencerse (o se las convenció) de que padecían una enfermedad terrible de la que tal vez nunca se curarían. Cuando mira atrás, Brooke siente que su capacidad innata para superar una experiencia dolorosa (en su caso, la muerte de su padre cuando ella tenía quince años) se vio socavada por el temor a que su sufrimiento fuera insuperable. Este no era necesariamente el miedo de Brooke, sino el de otras personas de su entorno y de los profesionales que la atendieron. Así fue como empezó un viaje de recaídas, cambios de medicación, pensamientos suicidas, desesperanza y sensación de lucha infinita. Hay que ser alguien extraordinario como Brooke para reconocer que podía haber algo equivocado en el relato que le vendieron. Quizá el problema no era la depresión. Quizá el problema era la creencia de que tenía una «depresión» que necesitaba tratamiento.

En mi opinión, Brooke demuestra la valentía que posiblemente todos tenemos, pero que muchos ignoramos que tenemos, sobre todo en una cultura que desconfía tanto del sufrimiento. Ella es una persona extraordinaria que comprendió que poseía una valentía ordinaria. Nadie la animó a reconsiderar la historia de su vida, tuvo que recorrer ese camino sola. Le hubiera gustado que las personas de su entorno y los profesionales que encontró la hubieran ayudado a experimentar lo que ahora llama la «aceptación radical»: la capacidad de vivir el dolor y el sufrimiento sabiendo que no durará para siempre. De hecho, el miedo a que nuestro dolor nunca cambie se alimenta cuando lo consideramos como un signo de que hay algo desajustado en nuestra persona. La lucha por eliminar o suprimir un sufrimiento (algo normal o comprensible) en realidad lo perpetúa. La historia de Brooke nos recuerda que nunca es demasiado tarde. Las posibilidades de curarse podrían ser mayores de lo que muchos de nosotros creemos.[421]

Hace ya tiempo que los sociólogos han comprendido las consecuencias adversas de las etiquetas internalizadas, sean sexistas, clasistas o racistas. Cualquiera que piense que las etiquetas psiquiátricas pueden empoderar a las personas quizá no conozca esta literatura o quizá haya desestimado su importancia en la salud mental. En un estudio de 2023 sobre los efectos de la identificación con una etiqueta psiquiátrica se utilizaron datos longitudinales de la evolución de 427 niños a lo largo de dos años. La identificación con una etiqueta psiquiátrica se asoció con una disminución de la autoestima, mientras que la no identificación se asoció con su aumento.[422]

LO BUENO, LO MALO Y LO DESAGRADABLE DEL CONTROL EMOCIONAL

Espero haber demostrado de manera convincente que la industria de la salud mental es una fuerza económica ligada a la lógica del consumo capitalista con escaso fundamento científico. La comercialización y monetización de la angustia emocional y de las conductas diferentes han logrado que perdamos el contacto con la diversidad de los estados de ánimo y las conductas de los seres humanos. No se trata de una liberación. No estaríamos tan ilusionados con la diversidad si fuera (como debería ser) algo normal. No necesitaríamos las categorías (cada vez más numerosas) de tipologías humanas que se están creando y explicando por todas partes.

Los seres humanos tienen una gran capacidad para experimentar emociones. Cuando declaramos la guerra a ciertos estados emocionales no solo privamos a las personas de profundizar en su riqueza interna y de encontrar significado en la variedad de respuestas que experimentan, sino que, además, perdemos de vista la fluidez del movimiento, que es una característica ineludible del estar vivo. Las emociones son dinámicas y cambian con el tiempo función de los acontecimientos y de los distintos contextos, tanto en lo relacional como en lo ocupacional. Al igual que otros sistemas dinámicos como el clima, la única constante es el movimiento y el cambio. Si congelamos las emociones etiquetándolas erróneamente como «diagnósticos», si intentamos contener o desaguar nuestras vías fluviales emocionales, transformamos en un denso lodazal la turbulencia natural de nuestros arroyos, lagos y ríos emocionales.

La guerra contra las emociones significa que, como cultura, estamos coartando nuestra profundidad emocional, nuestra capacidad de atravesar los sentimientos desagradables y, por tanto, nuestra paciencia relacional. Los sumideros que aparecen aquí y allá en el campo de minas trazado por los especuladores y sus cómplices hacen que el terreno de lo ordinario se reduzca cada vez más. Nos da miedo decir lo que pensamos por temor a ofender de manera involuntaria. Cada vez es menor la tolerancia a la diferencia, el desacuerdo y el malestar en las relaciones.

Los servicios de salud mental que surgen de esta cultura tienden a etiquetar la respuesta a casi cualquier dificultad vital como posible signo de trastorno. Es como si no existiera la creatividad o la capacidad para «soportar» una emoción intensa, o cualquier emoción considerada indeseable. No todo el mundo necesita un servicio de apoyo para hacer frente a las emociones difíciles. Si los servicios intervienen, no deberían sentir la necesidad de etiquetar. Pueden actuar fomentando la participación en la vida en un sentido más amplio. Con demasiada frecuencia, los servicios de salud mental parecen pasar por alto la importancia de ayudar a las personas a seguir adelante con sus vidas.

Cuando somos incapaces de tolerar la frustración asociada con el hecho de no ser omnipotentes, de nuestra propia pequeñez relativa en el gran esquema de las cosas, nos imaginamos (tanto el paciente como los profesionales) que podemos evitar el dolor o la incomodidad emocional. Podemos crear enfoques cada vez más agresivos para adormecer el sufrimiento. Es probable que saltemos de una epifanía iluminadora a otra, imaginando que podemos eclipsar de manera permanente la naturaleza mundana de lo

cotidiano. Tratamos de ofrecer soluciones cada vez más desesperadas. En el proceso, creamos más y más condiciones crónicas de salud mental y un sistema cuya preocupación es la obsesión de un alquimista por extraer oro de la monotonía de una sociedad en decadencia. Aun así, se vende.

Una paciente de catorce años, que empezaba a comprender las consecuencias de haber creído durante dos años que tenía un trastorno mental, me dijo: «Mi generación sabe demasiado. En el colegio tenemos clases donde nos explican los diferentes trastornos mentales y sus síntomas. Ahora me salto esas clases».

Y una madre, consciente de los dilemas a los que se enfrentan sus hijos y amigos, comenta: «En la escuela y en internet se habla demasiado de identidad, sexualidad, imagen corporal e incluso de que autolesionarse es un mecanismo de defensa. No es raro que los niños estén confundidos».

Las emociones son fundamentales en el desarrollo, el fortalecimiento y el mantenimiento de los vínculos interpersonales. Cuando convertimos el amor en una versión romántica al estilo de Hollywood, desvinculándolo del proceso paciente y constante de afrontar las diferencias, cuando imaginamos que solo son aceptables ciertas emociones y las combinamos con el merecimiento individualista que fomenta la mercantilización, las relaciones corren el riesgo de convertirse en una vía de sentido único en la que uno se pregunta: «¿Qué gano yo con esto?». La tarea de soportar la angustia de las dificultades, de posponer el deseo personal y de superar la exigencia de pasarlo bien siempre se vuelve más complicada.[423]

El CISM también afecta a nuestra salud física. Hace tiempo que se sabe que las enfermedades físicas, la esperanza de vida y el bienestar infantil están relacionados con la clase social y con lo que se conoce, en general, como determinantes sociales de la salud. La desigualdad es mala para las personas, y lo es de muchas maneras diferentes. La industria del bienestar desplaza a nuevos nichos la desesperación humana que deriva de ello, sabiendo que la demanda será potencialmente ilimitada.

¿Qué pueden hacer los profesionales de la medicina al respecto? ¿Recetar más antidepresivos? ¿Enviar a la gente a terapia?

O tal vez ayudar a rehabilitar las emociones.

El psiquiatra infantil australiano Jon Jureidini, en un artículo que recibió una respuesta hostil de los psiquiatras del *establishment* de su país, escribió: «Parece que no nos gusta que los niños sientan enojo, vergüenza, miedo, tristeza o decepción. Se nos anima con insistencia a considerar este malestar como precursor de la enfermedad, de modo que los padres, médicos y maestros tienden a etiquetar e intervenir en vez de aceptar unos sentimientos que son normales y sanos, aunque provoquen malestar». Por el contrario, recomendaba: «Seríamos de más ayuda si pudiéramos confiar en la capacidad de los niños para salir adelante y aprender de esos fuertes sentimientos incómodos; ser más respetuosos con el tiempo y el espacio que se requiere para ello, y tolerar y afrontar la ansiedad que experimentamos cuando no intervenimos».[424]

Jon resume en esas pocas frases una de las principales ambiciones de este libro.

¿Y si una de las principales causas de los problemas psicológicos fuese la creencia de tener un problema?

¿Y si la «solución» fuera a veces tan simple como deshacernos de la idea de que tenemos un problema que necesita una solución?

¿Y si se tratara simplemente de recuperar el respeto y la apreciación por la normalidad y la necesidad de que exista toda la gama de experiencias emocionales posibles? Cada uno de nosotros tiene una historia personal y vive en un contexto social. Ambas cosas nos moldean e interactúan con nuestra biología. Además, estamos expuestos a narrativas que estructuran los significados que damos a las experiencias, y estas narrativas pueden tener efectos profundos en cómo nos sentimos.

Más allá del cientificismo del complejo industrial de la salud mental

En un mundo no dominado por el CISM, los servicios de salud mental partirían del supuesto de que las personas a las que atienden están haciendo todo lo posible en las circunstancias en las que se encuentran. Presupondrían que las dificultades de la persona pertenecen al ámbito de lo ordinario o lo comprensible; que su reacción es una de las muchas maneras en que las personas responden a la adversidad o el dolor existencial. La conciencia de los aspectos relacionales ocuparía un lugar central. Escuchar y ser testigo del sufrimiento siempre ha sido importante para la curación. También se daría por sentado que todo el mundo posee una resiliencia natural, que suele descubrirse al enfrentarse a la adversidad y sobreponerse a ella. Se profesaría un profundo respeto por la capacidad de cada ser humano. Existiría un compromiso político con una sociedad más justa e igualitaria.

En mi trabajo clínico con niños y adolescentes me piden cada vez más que les ayude a comprender la trampa en la que caen cuando llegan a creer que tienen un trastorno mental. Intento ayudarles a que reconozcan su resiliencia natural, que pierden de vista cuando se dejan llevar por la convicción de que hay algo erróneo, dañado, trastornado o disfuncional en ellos.

Gran parte de lo que denominamos trastorno o enfermedad mental no se debe a las emociones en sí mismas, sino a las etiquetas y significados que damos a nuestras experiencias emocionales. A esto lo llamo «metaemociones» (la forma en que sentimos lo que sentimos). El CISM ha demostrado ser destructivo y malévolo en su mistificación de las emociones por la forma en que nos anima a construir nuestras metaemociones. En un modelo basado en la medicalización y la tecnificación, preocuparse por la pregunta de «por qué» (¿por qué me siento así?) contribuye a crear pacientes crónicos. Un problema que inicialmente es difícil pero manejable puede multiplicarse, complicarse y cristalizarse. Nuestra compasión, empatía y deseo de ayudar podrían, de manera involuntaria, cargar al paciente con un peso que nunca necesitó. El diagnóstico se da para responder a la pregunta por el porqué. Si las cosas no mejoran, se dan más tratamientos o más diagnósticos. Se genera un proceso que describo como «el problema se convierte en el problema».

A menudo utilizo el insomnio como analogía para explicar este proceso. Como mucha gente ha tenido alguna vez insomnio es fácil de entender. Yo mismo solía sufrir de insomnio con frecuencia, y no encontraba una solución. Un día mi esposa me dijo: «¡Qué drama con el insomnio!». Fue solo un comentario sin importancia, pero

debió de resonar en mi mente, porque recuerdo que unos días después tuve una especie de epifanía emocional (no sé cómo describirlo de otra manera). Comprendí de una manera profunda, más allá del lenguaje y el intelecto, que mis problemas con el insomnio se debían a que yo estaba luchando contra él. Comprendí que, al cabo de un tiempo, el insomnio llega a provocar insomnio y que, para interrumpir este proceso, tenía que dejar de tomármelo tan en serio y de intentar solucionarlo. Me explico.

Cuando el insomnio apareció, estaba estresado y disgustado, dando vueltas a muchas cosas en la cabeza, así que a veces tenía problemas para dormirme o me despertaba en medio de la noche y mi mente se ponía a pensar sobre cualquier cosa que me preocupara. Luego no podía volver a dormirme (por cierto, despertarse durante la noche y no volver a conciliar el sueño es un síntoma de un «trastorno depresivo»). Después de un tiempo, lo que me producía insomnio era el hecho de no poder dormirme o no poder volver a dormirme cuando me despertaba. Me preocupaba que fuera a tener otra noche de insomnio. Miraba el reloj pensando que había pasado otra hora y que todavía no me había dormido. Y tenía que levantarme para ir a trabajar en unas horas. Aunque soy escéptico en lo que respecta a los medios de comunicación convencionales, por aquel entonces, por supuesto, estaba prestando atención a las noticias y artículos que hablaban de que todos necesitamos dormir y de que la falta de sueño provoca toda clase de problemas de salud y de otros tipos.

Así que empecé a buscar formas de solucionarlo, pues el insomnio se había convertido en un problema que interfería con mi vida diaria. Leí artículos sobre cómo combatir el insomnio, cambié algunos

aspectos de mi estilo de vida, descargué aplicaciones, cambié mi rutina a la hora de acostarme, etc. Algunas de estas cosas produjeron una mejora (que quizá fue solo casual) pero, al cabo de un tiempo, el insomnio volvió. Mi relación con el insomnio o, mejor dicho, mis sentimientos sobre el insomnio empezaron a volverse desesperanzadores. Sentía que tenía un problema que no podía cambiar y que ocupaba cada vez más espacio mental.

El comentario de mi esposa y mi epifanía posterior rompieron el apego hipnótico que había desarrollado hacia el insomnio. Este no merece el estatus de un problema que requiere una solución. Las personas somos resilientes. Solo hay que preguntar a los padres de un bebé o niño pequeño. Con muy poco sueño podemos seguir funcionando eficazmente. El insomnio es irritante, pero no es más que una experiencia normal. Lo había catalogado como un «problema», después como un «problema que afecta a otros aspectos de mi vida» y como un «problema que necesita una solución». Había llegado a la conclusión de que, para que mi vida mejorara, tenía que eliminar ese problema o al menos controlarlo mejor. Ya no era una experiencia ordinaria ni comprensible, ahora era un síntoma que había que tratar. *El problema se convierte en el problema*. Las razones que en un principio me habían impedido dormir habían desaparecido hacía mucho tiempo. Lo que me mantenía desvelado era la preocupación por si dormiría o no. El insomnio estaba alimentando el insomnio.

El comentario de mi esposa provocó algo. ¿Por qué estaba haciendo un drama del insomnio? ¿Qué lo convertía en un problema? ¿Por qué necesitaba seguir viéndolo como un problema? Ahí estaba ese molesto objeto interno persecutorio del que hablé

antes. No tenía por qué ser así. No era necesario ver el insomnio como un problema que necesitaba ser resuelto. Podía cambiar mi relación, mis sentimientos, mis metaemociones hacia él. El insomnio era solo una reacción comprensible ante una situación. Estaba dentro del ámbito de lo ordinario. No necesitaba una estrategia. Cuanto más me afanaba por encontrar una solución, más reforzaba la creencia de que el insomnio era un problema. Cuanto más fallaban estas soluciones, más me obsesionaba con el problema, cada vez con menos esperanza de que fuera a mejorar y de que pudiera recuperar mi vida idealizada anterior al insomnio.

Fue tan simple como eso. En cuanto dejé de ver el insomnio como algo fuera de lo común y lo comprensible, como un problema, y lo acepté como algo que aparece y desaparece, el insomnio dejó de provocarme insomnio. Ahora sucede que algunas noches no duermo bien, por la razón que sea, pero otras duermo sin problemas. Ya no miro el reloj. Si no duermo, no duermo. No doy saltos de alegría si duermo bien ni me deprimo después de una mala noche. El insomnio intermitente es solo una parte de mi vida, como sospecho que lo es en ocasiones para la mayoría de las personas.

Muchos problemas que consideramos y catalogamos como problemas de salud mental empiezan como reacciones comprensibles u ordinarias, a menudo como respuesta a diversas adversidades. Los relatos culturales sobre cómo se supone que debemos sentirnos también nos afectan. La expansión de la «concienciación sobre la salud mental» ha sensibilizado a la población para que sospeche de toda una serie de reacciones emocionales ordinarias y comprensibles, y se las vea como una posible enfermedad, trastorno, desregulación o disfunción.

Una vez que emprendemos el camino de «hay algo que está mal en mis emociones o en mi conducta», corremos el riesgo de entrar en la madriguera del conejo de *Alicia en el país de las maravillas*, donde el problema se convierte en el problema. Estar ansioso se convierte en algo que provoca ansiedad, estar deprimido es deprimente. Entramos en el salón de los espejos donde nuestro problema se desvincula de lo ordinario y nos devuelve la mirada, burlándose de nuestros intentos de ignorarlo. Desarrollamos una relación antagónica hacia ciertos aspectos de nuestra vida, en especial de nuestra vida emocional, viendo en ella cualidades patológicas, lo que intensifica nuestro sufrimiento y despoja a la experiencia de cualquier sentido más allá de una posible «anomalía» médica o psicológica que hay que resolver o eliminar. El sufrimiento se convierte en la tortura sin sentido de la enfermedad.

Ahora entramos en el mercado del CISM McDonaldizado, donde se ofrece toda la gama de marcas (diagnósticos) y productos asociados (medicación, terapias, autoayuda, productos de bienestar). Una vez inducidos al consumo de marcas, el antagonismo hacia la vida emocional se fortalece aún más. Nos adentramos en el peligroso territorio de los alienados. Nos vemos obligados a luchar y a tratar de controlar, suprimir y eliminar aspectos de nuestra vida emocional. La relación con el problema y nuestros sentimientos hacia él ocupan más espacio mental si las soluciones ofrecidas no funcionan o solo proporcionan un respiro temporal. El objeto interno se vuelve más persecutorio.

Ahora estamos listos para entrar en la etapa final: en el mundo del paciente crónico, en el que esperamos que aparezca por fin el experto, la marca, la medicación o la terapia adecuada para sofocar el

trastorno persistente. Los problemas iniciales hace tiempo que desaparecieron. El problema se ha convertido en el problema.

Comprender esto me ha hecho mucho más consciente de que la atención que se ofrece puede empeorar la salud mental de una persona, destruyendo su resiliencia natural y reduciendo sus habilidades para dar sentido a las cosas. Parece que los servicios de salud mental son a menudo perjudiciales para la salud mental.

NO SIEMPRE

Hay muchos ejemplos de proyectos que han tenido éxito y que se basan en las experiencias compartidas, las fortalezas y los recursos disponibles. Todos ellos parecen fomentar la importancia de las relaciones y el contexto, y conceden poco valor a las vías de tratamiento basadas en los diagnósticos.

Algunos de estos proyectos cuentan con una larga historia. En 1961, un psiquiatra italiano llamado Franco Basaglia empezó a negarse a atar a los pacientes a sus camas en el manicomio de Gorizia. Se opuso a los métodos establecidos de la época e inició lo que probablemente sea la mayor revolución en la atención de la salud mental moderna. Basaglia estaba horrorizado con los «cuidados» convencionales que se practicaban en los hospitales psiquiátricos en la Italia de aquel entonces: las puertas cerradas, que solo lograban amortiguar en parte el llanto y los gritos de los pacientes, y las formas establecidas de tratar el sufrimiento humano, que incluían la contención física, las camisas de fuerza, las bolsas de hielo, las correas en las camas, las salas de aislamiento, las

descargas eléctricas y las terapias de coma insulínico. Según él, estas «terapias» respondían ante todo a los objetivos de los centros psiquiátricos de «calmar» al paciente.

A partir de su iniciativa en Gorizia, surgió un amplio debate teórico y práctico en toda Italia. Las autoridades del sistema psiquiátrico arremetieron contra él y sus partidarios, pero el movimiento que inició logró convencer a los políticos para que cambiaran las leyes del país. En 1978 se aprobó un proyecto de ley de reforma nacional que estableció el cierre y desmantelamiento gradual pero radical de los hospitales psiquiátricos estatales en todo el país, con el objetivo de trasladar toda la atención de salud mental al ámbito extrahospitalario.[425]

El 13 de mayo de 1978 el parlamento de Italia aprobó la Ley 180, conocida como «Ley Basaglia». La implementación plena de la ley para la reforma psiquiátrica se logró en 1998, poniendo fin al sistema estatal de hospitales psiquiátricos en Italia. El movimiento inspirado por Basaglia se suele denominar «psiquiatría democrática» y ha influido, al menos en cierta medida, en las leyes de salud mental de muchos países donde la atención psiquiátrica extrahospitalaria se ha convertido en una prioridad frente a la atención en hospitales psiquiátricos.

Sin embargo, la Ley 180 sigue siendo única en el mundo en materia de salud mental, ya que Italia es el único país en el que los hospitales psiquiátricos estatales tradicionales ya no existen. En los hospitales generales, en la actualidad, hay unidades de psiquiatría con un número limitado de camas. Italia tiene el menor número de camas de psiquiatría por habitante de Europa. Los criterios para el

tratamiento forzoso son muy estrictos; no incluyen el riesgo, solo la urgencia, y únicamente por un máximo de catorce días.

Las predicciones alarmistas de que semejante sistema no funcionaría y de que no solo empeoraría la salud mental de las personas enfermas, sino que además aumentaría los riesgos para la población, resultaron estar muy alejadas de la realidad. Pese a los problemas y desafíos que ha debido enfrentar, el sistema ha incentivado la creatividad de los profesionales de la salud mental. Desde entonces, en Italia se han desarrollado muchos proyectos que han desviado la atención a la salud mental del ámbito clínico y la han convertido en una actividad social que implica la conexión con las familias de los pacientes y la comunidad en general.

Hace algunos años una colega mía fue a conocer en Trento uno de estos proyectos, llamado Usuarios y Familiares Expertos (UFE).[426] Se alojó en un hostal gestionado y atendido por usuarios actuales y antiguos. La llevaron a ver algunos de los negocios que regentaban y asistió a algunas sesiones en uno de los centros de salud mental integrados en la comunidad. Lo que más le sorprendió fue la ausencia de puertas cerradas con llave. Para alguien que venía del sistema de salud mental del Reino Unido, esto le pareció extraño. Habló con los usuarios del servicio durante el desayuno y se sintió bienvenida, tranquila y segura. No había nada de ese «ellos y nosotros» de los servicios de salud mental a los que estaba acostumbrada.

En 2021, la OMS publicó una serie de directrices sobre los servicios comunitarios de salud mental para promover «enfoques centrados en la persona y basados en los derechos». La serie incluía veintiocho ejemplos de todo el mundo que habían transformado los

sistemas y servicios de salud mental para ajustarse a las normas internacionales de derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas. La guía describía redes integrales de servicios de salud mental regionales y nacionales basadas en una comprensión de los determinantes sociales de la salud y que colaboran activamente con otros sectores, como la vivienda, la educación y el empleo.[427]

El ejemplo que cumplía todos los requisitos de lo que debería ser un servicio de salud mental procedía de Trieste, una ciudad con una población de alrededor de 250.000 habitantes, en el noreste de Italia. Trieste se convirtió en el epicentro del experimento de la psiquiatría democrática, que continuó mucho tiempo después de la prematura muerte de Basaglia a los cincuenta y seis años, en 1980. Los derechos humanos pasaron a ser una preocupación fundamental de los servicios de salud mental a medida que los manicomios fueron siendo reemplazados por una red de servicios comunitarios.

En un cortometraje de 2019 de la BBC, titulado «La revolución de la salud mental de Trieste», se describía como el mejor lugar al que acudir si uno sufre un problema de salud mental.[428]

Dentro de este sistema integrado en la comunidad, se ha desarrollado un enfoque de la atención a la salud mental basado en «la persona completa, el sistema completo, la comunidad completa». Se hace especial hincapié en trabajar con la comunidad para desarrollar un sistema de apoyo totalmente integrado, con puertas abiertas y sin restricciones. Se apoya a las personas en la medida de lo posible en sus propios hogares y localidades para que puedan mantener vínculos con sus comunidades. Los servicios de salud mental colaboran con otros servicios de salud y bienestar, con el

sistema jurídico, las instituciones culturales, las autoridades regionales y municipales, y otras organizaciones comunitarias, para mejorar el capital social tanto de los usuarios de los servicios como de la ciudad entera. El desarrollo de amplias asociaciones colaborativas con compañeros, profesionales, personas en formación, voluntarios, familiares y redes sociales fomenta un «enfoque «integral de la vida».

La filosofía de los centros de salud mental gira en torno a los conceptos de «hacer con» y «estar con». La evaluación inicial se basa en los problemas, y no en el diagnóstico, y se utilizan relatos en primera persona para comprender la historia y las circunstancias de las personas. Las formalidades se reducen al mínimo. Se ofrece toda una serie de servicios de rehabilitación y apoyo residencial en colaboración con una gran diversidad de organizaciones sin ánimo de lucro, como cooperativas sociales, voluntarios y asociaciones sociales, que incluyen las de compañeros y cuidadores.

Los cambios en Trieste han sido notables desde que se iniciaron las reformas en la década de 1970. En el periodo de 1971 a 2018, el número de camas psiquiátricas se ha reducido de 1.160 a 219, mientras que el número de personas tratadas al año por el servicio de salud mental se ha cuadruplicado. La tasa de suicidios también ha disminuido de 25 por cada 100.000 habitantes (en el período de 1971 a 1994) a 13 por cada 100.000 (en 2015). El número de personas por año que se someten a tratamiento no voluntario ha pasado de 150 en 1971 a 18 en 2019. En los hospitales psiquiátricos forenses había 15 personas en 1977, que se redujeron a cero a partir de 2016.[429]

Se trata de logros impresionantes y, aunque el ejemplo de Trieste es el más significativo, en toda Italia se han producido mejoras similares. En una comparación de las tasas anuales de hospitalizaciones forzosas entre 2008 y 2017 en veintidós países de Europa, Australia y Nueva Zelanda, se hallaron diferencias de hasta veinte veces. La de Italia fue claramente la más baja, con 14,5 hospitalizaciones forzosas por cada 100.000 habitantes. La tasa media fue de 106,4 y la tasa de Austria fue la más alta, con 282 por cada 100.000 habitantes.[430] En Italia, en los últimos cuarenta años, se ha producido una reducción sustancial del número de camas para pacientes ingresados en unidades psiquiátricas.[431]

Otro ejemplo bien desarrollado y consolidado, conocido como «Diálogo Abierto», proviene de Laponia Occidental, en Finlandia. El Diálogo Abierto es un modelo de atención a la salud mental con un enfoque que implica a la red familiar y social, donde el tratamiento se lleva a cabo a través de reuniones de todo el sistema o la red, que siempre incluyen al paciente. Además de un sistema de atención, es un enfoque filosófico y teórico para las personas que experimentan una crisis de salud mental, y también para sus familias y redes de apoyo.

En la década de 1980 los servicios psiquiátricos de Laponia Occidental se encontraban en un estado precario; de hecho, tenían una de las incidencias de «esquizofrenia» más altas de Europa. El equipo de salud mental, inspirándose en un modelo escandinavo de terapia narrativa e incorporando ideas de la teoría familiar y de los sistemas, se embarcó en un proyecto para cambiar el funcionamiento de su servicio. Participaron conjuntamente en programas de formación, compartieron sus ideas y democratizaron el

proceso de tratamiento, nivelando las jerarquías y respetando la capacidad de decisión de los pacientes y sus familias.

Todos los miembros del equipo (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y terapeutas) adoptaron la filosofía de abordar las experiencias de las personas como desafíos humanos y no como desafíos técnicos. No se recurría al diagnóstico, la medicación se usaba solo con moderación y, sobre todo, durante un periodo breve, además de que la red social relevante se implicaba desde el principio en el cuidado del paciente. La mayoría de las reuniones permitieron explorar de manera abierta los posibles significados de las historias que relataban los pacientes y las personas de su entorno para crear un esfuerzo colaborativo que pudiera dar sentido a lo que había sucedido y a lo que podría ayudar.

Después de veinte años de funcionamiento de estos servicios de salud mental, se alcanzaron los mejores resultados para la psicosis en el mundo occidental. Por ejemplo, un estudio de seguimiento de cinco años constató que el 82 por ciento de los pacientes no presentaba ningún síntoma psicótico residual, el 86 por ciento había retomado sus estudios o vuelto a trabajar a tiempo completo y solo el 14 por ciento recibía una prestación por discapacidad.[432] Los datos de seguimiento durante diecinueve años indican que estas mejoras se mantienen.[433] Recordemos que estamos hablando de uno de los cuadros más graves de salud mental.

Lo que resulta especialmente sorprendente del enfoque del Diálogo Abierto es que no se trata de una alternativa a los servicios psiquiátricos convencionales ni tampoco de un complemento (como sería una clínica de Diálogo Abierto), sino que es el propio servicio psiquiátrico de Laponia Occidental.

En la medida de lo posible, los equipos del Diálogo Abierto trabajan con las familias y las redes sociales en sus propios hogares, para ayudar a que las personas involucradas en una crisis permanezcan juntas y entablen un diálogo. Su experiencia les ha demostrado que, si la familia o el grupo pueden soportar la emoción extrema y tolerar la incertidumbre, con el tiempo pueden surgir significados compartidos que son útiles para todos. No se busca enseñar de manera didáctica ninguna estrategia y, por lo tanto, el riesgo de desempoderar al paciente y a sus familias es mucho menor.

El marco de poder, amenaza y significado, publicado en 2018, es un proyecto destacado del Reino Unido. Fue desarrollado durante cinco años por un grupo de expertos psicólogos y activistas usuarios de los servicios de salud mental como alternativa a los modelos basados en el diagnóstico psiquiátrico. No es un servicio de salud mental, sino un documento teórico que resume e integra una gran cantidad de datos científicos sobre el papel de las distintas formas de poder en la vida de las personas, los tipos de amenazas que nos plantea el abuso de poder y las maneras en que hemos aprendido a enfrentarlo. Proporciona una serie de principios para ayudar a organizar los servicios de salud mental, reconociendo el papel de la adversidad y los significados que las personas atribuyen a sus experiencias, sin olvidar sus fortalezas y capacidades.[434]

Con más de cuatrocientas páginas, en las que realiza un análisis crítico y detallado de las investigaciones existentes, el marco pretende ofrecer una perspectiva no medicalizada de por qué algunas personas sufren emociones y experiencias abrumadoras, como la desesperación, el miedo, la desesperanza, las conductas

autolesivas, el estado de ánimo bajo, el fenómeno de escuchar voces, los problemas con la conducta alimentaria, etc. Desde su perspectiva, el sufrimiento psicológico de cualquier tipo forma parte de las respuestas humanas comprensibles en el contexto de nuestras relaciones, circunstancias sociales, estructuras, normas y expectativas más amplias de las sociedades en las que vivimos. Propone una forma de ayudar a las personas a crear historias más esperanzadoras sobre sus vidas y sobre las dificultades que han debido enfrentar o siguen enfrentando, en lugar de verse a sí mismas como culpables, débiles, deficientes o «enfermas mentales». Destaca y aclara la relación que existe entre determinados factores sociales como la pobreza, la discriminación y la desigualdad, junto con experiencias traumáticas como el abuso y la violencia, y el sufrimiento emocional o las conductas problemáticas que a veces pueden surgir como consecuencia de ellas.

También explica por qué las personas, incluso sin cargar con una historia obvia de trauma o adversidad, pueden tener dificultades relacionadas con la autoestima, el sentido de la vida y la identidad. Es una filosofía que se aleja radicalmente de los enfoques medicalizados y consumistas, y que permite interpretaciones que no se reducen a los «síntomas» o a los «trastornos». Por el contrario, analiza la manera en que damos sentido a estas experiencias y cómo los mensajes de la cultura en general pueden aumentar nuestros sentimientos de vergüenza, autoacusación, aislamiento, miedo y culpa.

Como la mayoría de los proyectos que desafían las estructuras hegemónicas, el *Power Threat Meaning Framework* ha recibido críticas de instituciones y académicos del *establishment*, ya que los

estudios no han demostrado hasta el momento que mejore los resultados. Esto puede reflejar una mala interpretación de los objetivos del marco. No se trata de una intervención o modelo de terapia, sino de un resumen teórico de los datos científicos y de la formulación de unos principios que podrían orientar a los servicios de salud mental más allá de los modelos de diagnóstico. Será interesante ver en los próximos años si la incorporación de sus principios influye en la atención prestada y en los resultados obtenidos.

MÁS ALLÁ DEL COMPLEJO INDUSTRIAL DE LA SALUD MENTAL

Hay muchos otros ejemplos que podría haber comentado, como los modelos de tratamiento basados en el *feedback* del paciente, las unidades psiquiátricas de tratamiento sin psicofármacos en Noruega, las iniciativas escolares de apoyo a los docentes para desmedicalizar el sufrimiento emocional o las casas «Soteria» que existen en varios países y ofrecen un espacio comunitario a personas que están atravesando dificultades o crisis psicológicas. Los ejemplos mencionados demuestran que la idea que tenemos de la salud mental influirá en la forma en que organicemos los servicios de apoyo. Cuando tanto nosotros como la sociedad nos liberemos de la creencia de que las enfermedades están en nuestras mentes o cerebros, podremos liberar nuestra imaginación para encontrar maneras de hacer frente a los dilemas humanos, en lugar de lidiar con alucinaciones médicas.

Humanizar nuestros paradigmas relacionados con la atención a la salud mental debería permitirnos reconocer la naturaleza ordinaria y comprensible de las diferentes conductas y experiencias, incluidas las que son angustiantes y no deseadas. Vivimos en un mundo extraño en el que se nos dice que nuestras políticas pretenden aumentar la aceptación de la diversidad, pero, al mismo tiempo, en nuestras unidades individualizadas y atomizadas estamos sometiendo estas diversidades a la autovigilancia, encasillando a las personas en tipologías que, en muchos casos, considero antagónicas a la diversidad.

A medida que la competencia y la comparación dejen de ser valores fundamentales, dejaremos más espacio para la profundidad y la diversidad de nuestras experiencias emocionales y se hará menos necesaria la inspección rigurosa de nuestras conductas en busca de signos de «anormalidad». Entonces podremos reducir la autovigilancia panóptica y estaremos menos inclinados a asustarnos ante la intensidad de nuestras vidas emocionales. Permitiremos que nuestros hijos crezcan con sus diferencias y disfruten de sus visiones únicas del mundo, además de que hagan sus descubrimientos a su propio ritmo y en el momento oportuno.

La atención a la salud mental reformada actuará como un escudo preventivo y protector contra la violencia infligida por el estado «psicoterapéutico». De hecho, puede que se deje de hablar de «salud mental». La palabra «mental» tiene demasiadas connotaciones y encierra un constructo resbaladizo que escapa a nuestra comprensión.

De este modo, sería posible reconocer que no estamos tratando con cerebros dañados. Reconoceríamos que los humanos pueden ser

resilientes y entenderíamos que los profesionales de este ámbito, incluidos los médicos, utilicen sobre todo filosofías terapéuticas en vez de conocimientos técnicos para ayudar a sus pacientes.

Fomentaríamos políticas que creen entornos más favorables para todos en una sociedad que ayude a proporcionar a las personas un significado, un sentido de comunidad y un sentido del deber cívico. La reducción de las desigualdades a través de una economía con una orientación más socialista sería un buen punto de partida, pero por sí sola no bastaría. Recuperar el control de la narrativa para debilitar la hegemonía del modelo de salud mental y enfermedad mental supone una lucha constante.

Existen alternativas. Tenemos pruebas de ello. Las filosofías tecnocráticas basadas en el diagnóstico no funcionan en la salud mental. Al contrario, empeoran las cosas. Obligan a los pacientes a convertirse en consumidores crónicos. Es hora de abandonarlas.

Epílogo

Hacia una nueva narrativa

Un viaje de mil kilómetros empieza con un solo paso.

CONFUCIO

En las nuevas epidemias de salud mental hemos asistido al crecimiento desmesurado de diagnósticos como el autismo y el TDAH. Al mismo tiempo, el mundo occidental está experimentando un declive social y económico. Se ha desvanecido el sueño de la posguerra de aspirar a una vida mejor que la de nuestros padres. Se han normalizado la inseguridad laboral, los alquileres elevados, las viviendas precarias, las personas sin hogar, el deterioro de las infraestructuras, las deudas asfixiantes, los bancos de alimentos y las epidemias de salud mental.

En medio de esta desolación general, una sirena semejante a un pulpo empezó a extender sus tentáculos por todas partes, adentrándose en las mentes de las masas que permanecían despiertas por la noche tratando de encontrar sentido a su aislamiento, su autodesprecio, su sensación de fracaso y su fatiga insomne. Se propagó como un virus. Empezó en pequeños focos, aquí y allá. Pronto envolvió a una familia, luego a su barrio, luego a la ciudad. Siguió avanzando sigilosamente por las autopistas de la

información hasta llegar a ciudades, pueblos y aldeas. Aferrándose a migajas de datos, transmitiendo su lenguaje a través de las ondas, sembrando dudas, invadiendo las mentes: estaba surgiendo una nueva pandemia. Nos sentíamos indefensos.

A través de los hipnóticos redobles de tambor de un millón de chamanes, se estaba fomentando una ilusión que alteró nuestra percepción, haciéndonos ver sombras donde no las había. Las apariciones empezaron a poseernos y no sabíamos cómo expulsarlas. La sirena, hecha realidad por la imaginación, se volvió real en nuestros cuerpos, podíamos sentirla. En nuestro sentido común del siglo XXI lamentamos que las generaciones anteriores no hubieran entendido la evidente verdad de que la «enfermedad mental» existe de manera tan concreta como los huesos rotos o la diabetes.

Desde antes del inicio del nuevo milenio, el concepto de enfermedad mental había ido invadiendo cada vez más el territorio de lo normal. Sin embargo, era casi imposible encontrar un artículo, un informe o siquiera un trabajo académico que explicara con claridad el significado de términos como «trastorno», «problema», «enfermedad» o, incluso, «salud mental». Una suposición echó raíces. La suposición convirtió un concepto abstracto en una realidad concreta y corpórea. Convirtió un mapa en un territorio, una imagen en algo en lo que se podía entrar, una alucinación en una presencia persistente, un delirio cultural en una nueva fe. La salud mental y la enfermedad mental se incorporaron a la tradición popular de Occidente, eludiendo así cualquier pretensión de curiosidad científica y la necesidad de toda refutación empírica.

Sin embargo, las historias de esperanza persistieron en nuestros relatos personales, familiares e incluso geopolíticos. En medio del frenesí por comprar la última estrategia para mejorar la vida mental, era fácil ignorarlas. Pero seguían estando allí y, una vez vistas, no podían dejar de verse. No creo que estemos a punto de aniquilar a la humanidad, que una nueva ola de despotismo vaya a destruir nuestras sociedades ni que la ideología de la salud mental vaya a desaparecer en un mar de mercantilización individualizada.

He esbozado el fracaso de los sistemas actuales de salud mental, pero también la historia que revela que las excepciones, los experimentos y las ideas siguen desarrollándose. Continuarán surgiendo nuevas formas aquí y allá y, con el tiempo, se irán extendiendo. Se producirán conflictos, situaciones desagradables y discordias. Los cambios revolucionarios pueden ocurrir de manera pacífica, pero siempre tendrán como consecuencia que algunos pierdan su poder y que, por lo tanto, se opongan (comprensiblemente) a renunciar a él. De modo que es probable que exista cierto grado de maldad. Cuando el nuevo grupo de personas llegue al poder en las instituciones surgirán otros problemas y, con suerte, una nueva generación de críticos se alzará y hará oír su voz.

En su libro *Realismo capitalista*, Mark Fisher explica que todo lo que pueda mercantilizarse con fines de lucro será mercantilizado, -incluido todo tipo de retórica e iconos anticapitalistas.[435] El cambio climático, la diversidad, la identidad política, Black Lives Matter, -MeToo, la democracia, todas estas cosas pueden convertirse en caballos de Troya que se infiltran en los movimientos políticos para el cambio, despojándolos de su potencial y poniéndolos bajo el control de la clase dominante. La salud mental siempre ha tenido un

potencial revolucionario.[436] El sufrimiento psicológico se produce a menudo como consecuencia de las condiciones sociales opresivas que se nos imponen. El CISM es el caballo de Troya que introdujo el capitalismo con sus tendencias individualizadoras y mercantilistas en el mundo de la salud mental, al parecer para defenestrar cualquier fuerza política progresista que pudiera contener.

Hago un llamamiento a un cambio radical, una revolución nada menos, en la que dejen de utilizarse los diagnósticos psiquiátricos, -se reduzca drásticamente el uso de medicamentos psiquiátricos y se promueva entre el público una narrativa que ayude a rehabilitar las emociones para devolverlas a la esfera de lo ordinario o lo comprensible. ¿Es esto posible mientras el capitalismo exista en su forma actual? ¿Puede producirse un cambio significativo mientras sea tan fácil convertir las emociones en un producto financiero? Yo creo que sí. Los movimientos críticos han ido creciendo y, en última instancia, el desmantelamiento del paradigma actual es, según mi pronóstico, inevitable. Da igual si tarda cinco o cincuenta años.

Un buen amigo mío, un psiquiatra que ahora ejerce en Nueva Zelanda, tiene una camiseta con la frase: «De cerca nadie es normal». Quizá esa sea la mejor conclusión a la que se puede llegar en la búsqueda de la normalidad. Es la otra cara de la moneda que dice que todos somos versiones de la normalidad. La creación de tipologías humanas y la sustitución de las experiencias por síntomas es un signo de la intolerancia a la diversidad, no de su reconocimiento.

En *Historia de la locura en la época clásica*, el filósofo e historiador francés Michel Foucault analiza el auge de los manicomios en Europa, el punto de partida de lo que más tarde se convertiría en las

ideologías dominantes de la salud mental de hoy en día. Sostiene que la creación del manicomio no fue un acto de generosa humanidad, sino un esfuerzo por imponer un sistema de orden racionalizado y nocivo a aquellos que se consideraban «locos». Antes de que aparecieran los manicomios, argumentaba, los locos estaban mejor. Estaban a la vista y no confinados por su entorno. Sus voces podían escucharse, y se podría decir que dialogaban con las voces de la razón. Según Foucault, el manicomio se diseñó para inducir la conformidad. Lejos de liberar a los locos de las cadenas del pasado, el manicomio marcó el nacimiento de un poderoso «encarcelamiento moral» del lunático.[437]

La ideología de la salud mental saldría más tarde de los confines del manicomio, desplegaría sus alas y proyectaría su sombra sobre todos los sectores de la población, desde la cuna hasta la tumba, y sobre todos los territorios, desde el Norte global hasta el Sur global. El control de la población seguiría siendo parte de su función, pero se llevaría a cabo convirtiendo a las personas en sus propios policías. Los productos para la salud mental se transformarían en mercancías deseables que apoyarían la individualización del sufrimiento psicológico y de la diferencia, lo que les permitiría deslizarse sin problemas y casi de forma invisible hacia una fusión con la política identitaria. La ideología alcanzaría su punto culminante coincidiendo con la decadencia del imperio liderado por Estados Unidos. En la desolación y la confusión que desembocarían en un mar de pesimismo y desesperación, la sociedad rota se transformaría en mentes rotas.

Sin embargo...

En los movimientos clandestinos y en las batallas informativas que surgen desde la base siguen apareciendo nuevas ideas y posibilidades. Los instigadores del desastre no pueden prevalecer eternamente. La preponderancia del dólar está amenazada. La economía neocolonial está en crisis. La nueva ideología de la salud mental está empezando a encontrar su voz.

El viejo mundo está agonizando y el nuevo mundo pugna por nacer.

Nacerá.

Agradecimientos

Sin el amor y el apoyo de mi familia, nada de esto —ni tampoco de mis otros escritos— habría sido posible. Mi esposa, Kitty, es probablemente quien más me ha enseñado. Mis hijos, Michelle, Lewis y Zoe, han atravesado sus propias batallas y triunfos. Observarlos, conectar con ellos y pasar tiempo juntos me ha ayudado a comprender la naturaleza resiliente del espíritu humano. He comentado con ellos gran parte del contenido de este libro y les debo muchas ideas. Mis padres y mis hermanos, Keith y Hazim, junto con sus familias, me han ayudado a ampliar mi horizonte. Otros miembros de mi familia, vivos y muertos, han estado también presentes y ejerciendo su influencia.

Agradezco a mis amigos, que en su mayoría son médicos de otras especialidades de la medicina, las muchas conversaciones esclarecedoras que hemos mantenido sobre la atención a la salud y la sociedad en general. Gracias, Steve, Kenny, Duncan, Paul, Johnny, Dale, Ash, Neeraj, Colin y muchos otros.

He aprendido más de mis comunicaciones y conversaciones con muchas personas reflexivas y creativas en este ámbito que de la lectura de libros sobre teoría y práctica. Gracias a mis mentores en el trabajo clínico, en la investigación, en la gestión, en el mundo académico y, en particular, a todos los miembros de la Critical Psychiatry Network, el International Institute for Psychiatric Drug

Withdrawal, el Council for Evidence-based Psychiatry y A Disorder for Everyone.

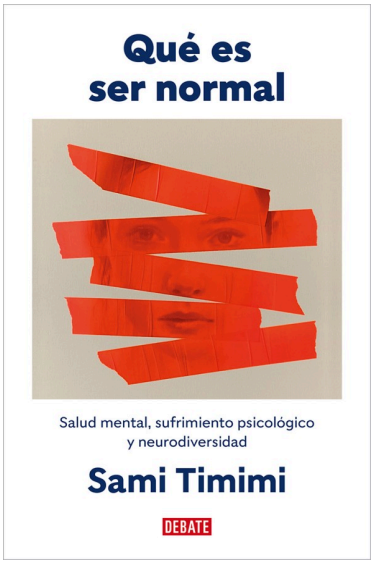
Muchas gracias a los compañeros de los equipos de salud mental infantil y adolescente de Lincoln. Sois personas maravillosas y me siento afortunado de poder trabajar con vosotros.

Un especial agradecimiento a Michal Shavit, editora de Penguin Random House, que se arriesgó a aceptar esta propuesta de libro, me ofreció excelentes consejos, me animó y me dio la libertad de escribir lo que quisiera. Muchas gracias por los comentarios reflexivos y sabios de Michal, Douglas Pepper, David Milner, Seán Hayes y Katherine Fry en lo que hace a la redacción, que mejoraron la amplitud, profundidad y legibilidad de este manuscrito. Un agradecimiento especial también a Zoe, Kitty, Keith, Rosa, Paul, Dale, Johnny y Dave por sus valiosas opiniones y sugerencias sobre los borradores de algunas partes.

Por último, a las personas que más me han enseñado: todos los pacientes y sus familias, a los que he tenido el privilegio de acompañar en un trecho de sus viajes a través de los accidentados paisajes del dolor emocional.

«Sami Timimi es una de las voces más valientes y sabias de Reino Unido. Cualquiera que desee pensar con mayor profundidad sobre lo que nos aflige —¡y lo que no!— debería leer este libro magnífico y que invita a la reflexión».

Johann Hari, autor de *El valor de la atención*



El número de diagnósticos de trastornos mentales, TDAH y autismo entre la juventud aumenta día tras día. Como consecuencia, los centros de salud mental se encuentran colapsados y se produce un incremento desmedido de la medicalización como vía de alivio más inmediata.

Sin embargo, ¿es este proceder el más eficiente a largo plazo? ¿A qué sistemas recurren los diversos países? ¿Hasta dónde llega el interés de la industria farmacéutica por fomentar la mercantilización de estas patologías? ¿Qué deberíamos considerar normal y qué merece realmente un tratamiento?

Sami Timimi, prestigioso psiquiatra inglés con más de treinta años de experiencia tratando a niños y adolescentes, explora en *Qué es ser normal* estas preguntas y sus respuestas con el propósito de redefinir cómo pensamos, abordamos y tratamos el sufrimiento en las sociedades modernas.

Sami Timimi (Iraq, 1960) es psiquiatra, psicoterapeuta y autor británico, reconocido por su enfoque crítico hacia la psiquiatría convencional y su trabajo en salud mental infantil y adolescente. De madre inglesa y padre iraquí, creció en Irak hasta los catorce años, cuando se trasladó al Reino Unido. Ha desarrollado una amplia labor clínica y académica centrada en comprender los problemas emocionales de la infancia desde una perspectiva relacional y cultural. Defensor de modelos terapéuticos colaborativos, ha impulsado el enfoque Outcome Orientated Child and Adolescent Mental Health Services (OO-CAMHS). Es autor de varios ensayos, entre ellos *A Straight-Talking Introduction to Children's Mental Health Problems* y *Searching for Normal: A New Approach to Understanding Mental Health*, *Distress and Neurodiversity* (2025), obra aclamada por su visión innovadora sobre la neurodiversidad. En 2000 recibió el NHS England Regional Innovation Fund Award por su labor en salud mental infantojuvenil.

Título original: *Searching for Normal. A new approach to understanding mental health, distress and neurodiversity*

Primera edición: enero de 2026

2025, Sami Timimi
Publicado por primera vez como Searching for Normal en 2025 por Fern Press, sello de Vintage.
Vintage forma parte del grupo Penguin Random House
© 2026, Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U.
Travessera de Gràcia, 47-49. 08021 Barcelona
© 2026, Pilar Alba Navarro, por la traducción

Diseño de la cubierta: Penguin Random House Grupo Editorial
Fotografía de la cubierta: © *the great below* T/D. II-23, acrylic on canvas © Sebastian Herzau

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección de la propiedad intelectual. La propiedad intelectual estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por respetar las leyes de propiedad intelectual al no reproducir ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin permiso. Al hacerlo está respaldando a los autores y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores. Ninguna parte de este libro puede ser utilizada o reproducida con el propósito de entrenar tecnologías o sistemas de inteligencia artificial. PRHGE se reserva expresamente la reproducción, la extracción y el uso de esta obra y de cualquiera de sus elementos para fines de minería de textos y datos y el uso a medios de lectura mecánica u otros medios que resulten adecuados (art. 67.3 del Real Decreto Ley

24/2021). Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos,
http://www.cedro.org) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.
En caso de necesidad, contacte con: seguridadproductos@penguinrandomhouse.com

ISBN: 979-13-87600-38-9

Compuesto en: Comptex&Ass., S.L.

Facebook: PenguinEbooks
Facebook: debatelibros
X: @debatelibros
Instagram: @debatelibros
YouTube: penguinlibros
Spotify: penguinlibros

«Para viajar lejos no hay mejor nave que un libro».

EMILY DICKINSON

Gracias por tu lectura de este libro.

En **penguinlibros.club** encontrarás las mejores recomendaciones de lectura.

Únete a nuestra comunidad y viaja con nosotros.



penguinlibros.club



Penguin
Random House
Grupo Editorial



penguinlibros

Notas al pie

(1) Todos los casos clínicos descritos en este libro se basan en pacientes reales, aunque se han modificado algunos detalles para preservar la confidencialidad.

(2) Un psiquiatra es alguien que ha estudiado medicina y después se ha especializado en psiquiatría. Puede recetar medicamentos y debe tener buenos conocimientos sobre las enfermedades físicas. Un psicólogo clínico es un licenciado en psicología que se especializa en las aplicaciones clínicas de la psicología. Un psicoterapeuta es alguien con formación en uno o varios tipos de terapia. Los psiquiatras y los psicólogos también pueden ser psicoterapeutas, pero los psicoterapeutas no tienen por qué ser ni psicólogos ni psiquiatras. Hay muchas otras profesiones que también pueden trabajar en entornos de salud mental, como los enfermeros psiquiátricos, los trabajadores sociales, los terapeutas ocupacionales, los facilitadores de apoyo mutuo y los educadores.

(3) Un espejo unidireccional, también llamado bidireccional, es un espejo recíproco, reflectante por un lado y transparente por el otro. Cuando la sala del lado del espejo está más iluminada que la del otro lado, permite ver a través del espejo la habitación más iluminada desde la más oscura, pero no al revés.

(4) El modelo médico hace referencia al supuesto básico de que hay enfermedades que tienen una causa física que permite realizar un

diagnóstico para establecer esa causa y determinar el consiguiente tratamiento.

(5) En el original se usa el término *evidence-based medicine*, que se traduce a menudo como «medicina basada en la evidencia». Esta traducción, sin embargo, es imprecisa y puede llevar a confusión. Mientras que en castellano el término «evidencia» es un sinónimo de certeza, el término inglés *evidence* no equivale a algo seguro, sino que corresponde a pruebas, indicios o datos. *(N. de la T.)*

(6) El término «complejo industrial de la salud mental» hace referencia a la red de personas e instituciones implicadas en el desarrollo y la proliferación de productos relacionados con la salud mental y sus ideologías asociadas.

(7) *Beyond Blue* hace referencia a la expresión inglesa *feeling blue*, que es una forma coloquial de describir la tristeza o la depresión. Se podría traducir como «Más allá de la tristeza» o «Superar la depresión». *(N. de la T.)*

(8) La *British Medical Journal* es una de las revistas médicas más prestigiosas y reconocidas en todo el mundo, donde se publicó el análisis mencionado. *(N. de la T.)*

(9) El término «antipsicótico» se basa sobre todo en el *marketing* y sugiere que este tipo de medicamentos tienen efectos específicos sobre la enfermedad. Deberíamos referirnos a ellos con el nombre más genérico de «neurolépticos», ya que actúan en cualquier persona disminuyendo la actividad y la excitación cerebral, lo que a menudo provoca un adormecimiento de los sentimientos que muchos pacientes encuentran desagradable, pero que puede ser útil cuando se está en un estado de gran excitación emocional.

(10) NHS son las siglas del National Health Service, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. *(N. de la T.)*

(11) Esta idea surgió como la consigna de moda de los conservadores en las elecciones generales de 2010, cuando David Cameron, que pronto sería primer ministro, propuso redistribuir el poder hacia las comunidades y promover el voluntariado, con el fin de reducir el papel del Estado en ellas (para una breve crítica, véase https:// blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/big-society-social-capital/).

(12) Un informe de 2022 de la Comisión de Beneficencia del Reino Unido reveló que Kids Company había incumplido repetidamente el pago de sus impuestos y que a veces no pagaba a sus propios empleados. Cuando quebró en 2015, debía 850.000 libras en impuestos. Una sentencia del Tribunal Superior de 2021 absolvió a Camila Batmanghelidjh y a las otras siete personas de delitos personales (https://www.gov.uk/government/news/official-report-criticises-former-trustees-of-kids-company).

(13) La evitación patológica de la demanda se refiere a la resistencia, presuntamente persistente, a hacer algo que se le pide a alguien o que se espera de alguien. Incluye una marcada resistencia a cumplir con «las demandas cotidianas», como comer y dormir, así como con las expectativas, como ir a la escuela o al trabajo.

(14) ADHD son las siglas en inglés de *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o TDAH). *(N. de la T.)*

(15) El sulfato de anfetamina racémica se empezó a comercializar en Estados Unidos en la década de 1930 con el nombre comercial de Benzedrina. *(N. de la T.)*

(16) El Emma Pendleton Bradley Home, inaugurado en 1931, fue el primer hospital de Estados Unidos dedicado al tratamiento de niños con trastornos de salud mental y neurológicos. *(N. de la T.)*

(17) En España, el metilfenidato se comercializa desde la década de 1980 bajo otros nombres comerciales, como Rubifen, Concerta o Medikinet, entre otros. *(N. de la T.)*

(18) Una revisión Cochrane es una revisión sistemática de las investigaciones realizadas en el ámbito de la atención a la salud y las políticas de salud. Se lleva a cabo utilizando métodos estandarizados para considerar los sesgos que podrían afectar los resultados, con el propósito de llegar a una conclusión objetiva basada en los datos científicos disponibles.

(19) Película sobre un autista savant protagonizada por Tom Cruise y Dustin Hoffman.

(20) Es decir, una idea que ha sido creada y aceptada por las personas en una sociedad y no un hecho de la naturaleza.

(21) *Across the Aisle* significa literalmente «al otro lado del pasillo». En el contexto político, esta expresión describe la interacción o cooperación entre personas con diferentes opiniones políticas. El *hashtag* #DiversityAcrosstheAisle hace referencia a fomentar la diversidad y la colaboración incluso entre grupos con ideologías opuestas. *(N. de la T.)*

(22) La disforia de género se define como una sensación de malestar debido a una falta de coincidencia entre el sexo biológico de una persona y su identidad de género.

(23) Se publicó en castellano en 1990 con el título *Los guardianes de la libertad: propaganda, desinformación y consenso en los medios de comunicación de masas*. *(N. de la T.)*

(24) En España el concurso se llamó *El aprendiz* y se estrenó en 2009 en La Sexta. El empresario y publicista Luis Bassat, fundador de la agencia que lleva su nombre, realizó el papel de Trump en esta versión. *(N. de la T.)*

(25) *Chavs* es un término peyorativo usado en el Reino Unido para referirse a los jóvenes de clase baja que tienen una actitud desafiante hacia las normas sociales y suelen asociarse con ciertos estereotipos por su forma de vestir (chándales, gorras, joyas llamativas…). *(N. de la T.)*

(26) Es habitual utilizar la palabra «oligarcas» para referirse a los superricos de países que no nos gustan, pero no solemos aplicar etiquetas similares a ese mismo estrato en nuestros propios países. Al contrario, personas como Jeff Bezos, Elon Musk y Bill Gates a menudo se describen en términos heroicos, como «grandes innovadores».

(27) La carga de morbimortalidad es una medida de la repercusión de las enfermedades en una población. Evalúa tanto las pérdidas de años de vida saludable debido a muertes prematuras como los años vividos con discapacidad o enfermedad. *(N. de la T.)*

(28) La Critical Psychiatry Network es una organización fundada por un grupo de psiquiatras del Reino Unido en 1999 y que impulsa una visión crítica de las prácticas ortodoxas de la psiquiatría. Actualmente, cuenta con más de cuatrocientos miembros, principalmente en el Reino Unido, pero también en otros países. *(N. de la T.)*

(29) Charlotte, como todos los ejemplos de pacientes en este libro, es un caso ficticio, pero representa cuadros clínicos y conflictos extraídos de la práctica real. Aquella paciente mía que reveló por

primera vez el poder de este marco de construcción de sentido, basado en la creencia de sufrir una enfermedad o trastorno, lo hizo hace muchos años.

Notas finales

1. Los tiempos cambian

[1] MTA Cooperative Group, «Multimodal Treatment Study of Children with ADHD», *Arch Gen Psychiatry*, diciembre de 1999, 56 (12): 1073-1086.

[2] P. S. Jensen *et al*., «3-year follow-up of the NIMH MTA study», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, agosto de 2007, 46 (8): 989-1002.

[3] National Institute for Health and Clinical Excellence, «Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults», *National Clinical Practice Guideline Number* 72, 2008.

[4] J. Moncrieff y S. Timimi, «The social and cultural construction of psychiatric knowledge: an analysis of NICE guidelines on depression and ADHD», *Anthropol Med*, abril de 2013, 20 (1): 59-71.

2. ¿Qué es la salud mental?

[5] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

[6] Génesis 2:7.

3. Los diagnósticos psiquiátricos son hechos culturales, no naturales

[7] Véase, por ejemplo, Ahmed Samei Huda, *The Medical Model in Mental Health: An Explanation and Evaluation*, Oxford University Press, 2019.

[8] E. I. Fried y R. M. Nesse, «Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study», *J Affect Disord*, 1 de febrero de 2015, 172: 96-102.

[9] Peter Gøtzsche, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publishing, 2013. [Hay trad. cast.: *Medicamentos que matan y crimen organizado*, trad. de Pau Gros Calsina, Libros del Lince, 2014].

[10] Véase, por ejemplo, Ben Goldacre, *Bad Pharma: how drug companies mislead doctors and harm patients*, Fourth Estate, 2012. [Hay trad. cast.: *Mala farma: cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes*, trad. de Francisco Martín Arribas, Paidós, 2013].

[11] Suman Fernando, *Mental Health, Race and Culture: Third Edition*, Red Globe Press, 2010.

[12] R. D. Strous, A. A. Opler y L. A. Opler, «Reflections on "Emil Kraepelin: Icon and Reality"», *Am J Psychiatry*, 1 de marzo de 2016, 173 (3): 300-301.

[13] I. I. Gottesman y A. Bertelsen, «Legacy of German psychiatric genetics: hindsight is always 20/20», *Am J Med Genet*, 26 de

julio de 1996, 67 (4): 317-322.

[14] <https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-01987-6_5>.

[15] Suman Fernando, *Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry: The Struggle Against Racism*, Routledge, 2003

[16] Ronald Bayer, *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*, Princeton University Press, 1987.

[17] J. Leff *et al*., «The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings», *Psychol Med*, febrero de 1992, 22 (1): 131-145; A. Jablensky *et al*., «Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study», *Psychol Med Monogr Suppl*, 1992, 20: 1-97.

[18] Robert Whitaker, *Mad in America*, Basic Books, 2002.

[19] Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic*, Crown, 2010. [Hay trad. cast.: *Anatomía de una epidemia*, trad. de J. Manuel Álvarez, Capitán Swing, 2015].

[20] Robert Whitaker y Lisa Cosgrove, *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*, Springer, 2015.

[21] F. Leichsenring *et al*., «The efficacy of psychotherapies and pharmaco-therapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses», *World Psychiatry*, febrero de 2022, 21 (1): 133-145.

[22] Por ejemplo: James Davies, *Sedated: How Modern Capitalism Created our Mental Health Crisis*, Atlantic Books, 2021. [hay trad. cast.: *Sedados: cómo el capitalismo moderno creó la salud mental*, trad. de Mireia Bofill Abelló*,* Capitán Swing, 2022];

Charles E. Dean, *The Skeptical Professional's Guide to Psychiatry: On the Risks and Benefits of Antipsychotics, Antidepressants, Psychiatric Diagnoses, and Neuromania*, Routledge, 2020; Thomas Insel, *Healing: Our Path from Mental Illness to Mental Health*, Penguin Press, 2022; Andrew Scull, *Desperate Remedies: Psychiatry's Turbulent Quest to Cure Mental Illness*, Harvard University Press, 2022; Hugh Middleton, *Toxic Interactions and the Social Geography of Psychosis*, Routledge. 2023.

[23] <https://www.nytimes.com/2021/04/01/health/mental-health-treatments.html>.

[24] <https://time.com/6308096/therapy-mental-health-worse-us/>.

[25] L. V. Kessing *et al*., «Lifetime Incidence of Treated Mental Health Disorders and Psychotropic Drug Prescriptions and Associated Socioeconomic Functioning», *JAMA Psychiatry*, 1 de octubre de 2023, 80 (10): 1000-1008.

[26] Peter Gøtzsche, *Deadly Psychiatry and Organised Denial*, Art People, 2015.

[27] M. M. Nour, Y. Liu y R. J. Dolan, «Functional neuroimaging in psychiatry and the case for failing better», *Neuron*, 17 de agosto de 2022, 110 (16): 2524-2544.

[28] N. Drury, «Mental health is an abominable mess: Mind and nature is a necessary unity», *N Zealand J Psychol*, enero de 2014, 43 17.

[29] Véase mi libro *Insane Medicine* y, de Robert Whitaker, *Anatomía de una epidemia*.

[30] G. Schomerus *et al*., «Changes in mental illness stigma over 30 years – Improvement, persistence, or deterioration?», *Eur Psychiatry*, 4 de noviembre de 2022, 65 (1): e78; J. Read *et al*., «Prejudice and schizophrenia: a review of the "mental illness is an illness like any other" approach», *Acta Psychiatr Scand*, noviembre de 2006, 114 (5): 303-318.

[31] S. Saha, D. Chant y J. McGrath, «A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?», *Arch Gen Psychiat*, octubre de 2007, 64 (10): 1123-1131.

[32] J. F. Hayes *et al*., «Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000-2014», *Br J Psychiat*, septiembre de 2017, 211 (3): 175-181.

[33] R. Whitaker, «Viewpoint: do antipsychotics protect against early death? A critical view», *Psychol Med*, diciembre de 2020, 50 (16): 2643-2652.

[34] N. Bansal *et al*., «Antidepressant use and risk of adverse outcomes: population-based cohort study», *BJPsych Open*, 13 de septiembre de 2022, 8 (5): e164.

[35] E. M. van Weel-Baumgarten *et al*., «Treatment of depression related to recurrence: 10-year follow-up in general practice», *J Clin Pharm Ther*, febrero de 2000, 25 (1): 61-66.

[36] P. Cuijpers *et al*., «The outcomes of mental health care for depression over time: A meta-regression analysis of response rates in usual care», *J Affect Disord*, 1 de agosto de 2024, 358: 89-96.

[37] M. A. Posternak *et al*., «The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy», *J Nerv*

Ment Dis, 2006, 194: 324-329.

[38] D. Goldberg *et al*., «The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities», *Br J Gen Pract*, diciembre de 1998, 48 (437): 1840-1844.

[39] S. B. Patten, «The impact of antidepressant treatment on population health: synthesis of data from two national data sources in Canada», *Popul Health Metr*, 1 de noviembre de 2004, 2 (1): 9.

[40] S. Rix *et al*., «Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign», *Br J Gen Pract*, febrero de 1999, 49 102.

[41] R. D. Goldney *et al*., «Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998 and 2008», *Aust N Z J Psychiatry*, A. F. Jorm y N. J. Reavley, «Changes in psychological distress in Australian adults between 1995 and 2011», *Aust N Z J Psychiatry*, abril de 2012, 46 (4): 352-356.

[42] S. Viola y J. Moncrieff, «Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014», *BJPsych Open*, 13 de enero de 2016, 2(1): 18-24.

[43] <https://www.madinamerica.com/2023/04/answering-awais-aftab>.

[44] A. J. Rush *et al*., «Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report», *Am J Psychiatry*, noviembre de 2006, 163 (11): 1905-1917.

[45] I. Kirsch *et al.*, «Do outcomes of clinical trials resemble those of "real world" patients? A reanalysis of the STAR*D antidepressant data set», *Psychol of Consciousness: Theory Res Practice*, 2018, 5 (4): 339-345.

[46] H. E. Pigott *et al.*, «Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research», *Psychother Psychosom*, 2010, 79 (5): 267-279.

[47] Whitaker y Cosgrove, *Psychiatry Under the Influence*.

[48] H. E. Pigott *et al.*, «What are the treatment remission, response and extent of improvement rates after up to four trials of antidepressant therapies in real-world depressed patients? A reanalysis of the STAR*D study's patient-level data with fidelity to the original research protocol», *BMJ Open*, 25 de julio de 2023, 13 (7): e063095.

[49] <https://www.psychiatrictimes.com/view/star-d-dethroned>.

4. La expansión de los conceptos

[50] <https://www.reuters.com/world/us/more-high-school-girls-suffered-poor-mental-health-than-boys-us-data-2023-02-13/>.

[51] <https://www.theguardian.com/commentisfree/2023/jun/13/mental-health-crisis-young-people-bernie-sanders>.

[52] <https://docs.google.com/document/d/1diMvsMeRphUH7E6D1d_J7R6WbDdgnzFHDHPx9HXzR5o/edit>.

[53] <https://www.hhs.gov/about/news/2022/10/20/us-surgeon-general-releases-new-framework-mental-health-well-being-workplace.html>.
[54] <https://www.bma.org.uk/bma-media-centre/shameful-statistics-show-a-mental-health-crisis-that-is-spiralling-out-of-control-as-demand-far-outweighs-capacity-warns-bma>.
[55] <https://www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/latest-news/detail/2021/04/08/country-in-the-grip-of-a-mental-health-crisis-with-children-worst-affected-new-analysis-finds>.
[56] <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-eng.htm>.
[57] The Mental Health Million Project, *The Mental State of the World in 2022*, Sapien Labs, 2023.
[58] <https://www.youtube.com/watch?v=KqgEUjQv_oU>.
[59] Gabor Maté, *The Myth of Normal: Trauma, Illness & Healing in a Toxic Culture*, Vermilion, 2022. [Hay trad. cast.: *El mito de la normalidad: trauma, enfermedad y sanación en una cultura tóxica*, trad. de Natalia Cervera, Tendencias, 2023].
[60] Peter Berger y Thomas Luckmann, *The Social Construction of Reality*, Doubleday/Anchor, 1966. [Hay trad. cast.: *La construcción social de la realidad*, trad. de Silvia Zuleta, H. F. Martínez de Murguía, 1968].
[61] <https://www.dailymail.co.uk/news/article-11959615/Parents-slam-primary-school-bans-pupils-playing-tag.html>.
[62] Ian Hacking, *The social construction of what?*, Harvard University Press, 1999. [Hay trad. cast.: *¿La construcción social de qué?*, trad. de Jesús Sánchez Navarro, Paidós, 2001].

[63] N. Haslam, «Looping effects and the expanding concept of mental disorder», *J Psychopath*, 2016, 22: 4-9.

[64] B. Wright, «Documentary Reports Mental Health Crisis Amongst Young People», 2019. Disponible en: <https://happiful.com/documentary-reports-mental-health-crisis-amongst-young-people>.

[65] J. Deighton *et al*., «Prevalence of mental health problems in schools: poverty and other risk factors among 28 000 adolescents in England», *Br J Psychiatry*, septiembre de 2019, 215 (3): 565-567.

[66] S. Murata *et al*., «The psychiatric sequelae of the COVID-19 pandemic in adolescents, adults, and health care workers», *Depress Anxiety*, febrero de 2021, 38 (2): 233-246.

[67] N. Haslam, «Concept Creep: Psychology's Expanding Concepts of Harm and Pathology», *Psychol Inq*, 2016, 27: 1-17.

[68] N. Haslam, J. S. Y. Tse y S. De Deyne, «Concept Creep and Psychiatrization», *Front Sociol*, 16 de diciembre de 2021, 6: 806147.

[69] P. J. Jones y R. J. McNally, «Does broadening one's concept of trauma undermine resilience?», *Psychol Trauma*, abril de 2022, 14 (S1): S131-139.

5. La creación del TDAH

[70] American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, APA, 2013. [Hay trad. cast.: *DSM-V: manual diagnóstico y*

estadístico de los trastornos mentales, Editorial Médica Panamericana, 2014].

[71] <https://www.theguardian.com/commentisfree/2021/jun/04/tiktok-accidentally-detected-my-adhd-for-23-years-everyone-missed-the-warning-signs>.

[72] <https://www.cosmopolitan.com/uk/body/health/a39536361/tiktok-adhd>.

[73] K. N. Anderson *et al*., «Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication Prescription Claims Among Privately Insured Women Aged 15-44 Years – United States, 2003-2015», *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 19 de enero de 2018, 67 (2): 66-70.

[74] <https://www.nbcnews.com/health/health-news/adhd-women-symptoms-overlooked-rcna60240>.

[75] <https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/adhd-women-gender-differences-b1993364.html>.

[76] <https://archive.org/details/b21445060/page/n9/mode/2up>.

[77] Pat Thane y Tanya Evans, *Sinners? Scroungers? Saints? Unmarried Motherhood in Twentieth Century England*, Oxford University Press, 2012.

[78] C. Tasca *et al*., «Women and hysteria in the history of mental health», *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2012, 8: 110-119.

[79] L. Oliveira *et al*., «Jean-Martin Charcot's influence on Sigmund Freud's career», *Neurology*, April 2018, 90 (15 Suppl.): P5.309.

[80] H. Pérez-Rincón, «Pierre Janet, Sigmund Freud and Charcot's psychological and psychiatric legacy», *Front Neurol Neurosci*, 2011, 29: 115-124.

[81] R. Yadav, «Freud and penis envy – a failure of courage?», 2018, <https://www.bps.org.uk/psychologist/freud-and-penis-envy-failure-courage>.

[82] J. Benjamin, «A desire of one's own: Psychoanalytic feminism and intersubjective space», en T. de Lauretis (ed.), *Feminist Studies/Critical Studies: Language, Discourse, Society*, Palgrave Macmillan, 1986.

[83] Lucy Johnstone *et al*., *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*, British Psychological Society, 2018. [Hay trad. cast.: *El marco de poder, amenaza y significado: hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos*, British Psychological Society, 2018].

[84] A. McMunn *et al*., «Gender Divisions of Paid and Unpaid Work in Contemporary UK Couples», *Work Employment Society*, 2020, 34 (2): 155-173.

[85] B. Laslett y J. Brenner, «Gender and social reproduction: historical perspectives», *Annu Rev Sociol*, 1989, 15: 381-404; I. Bakker, «Social Reproduction and the Constitution of a Gendered Political Economy», *New Political Econ*, 2007, 12 (4): 541-556.

[86] Christime Delphy, *Close to Home: A Materialist Analysis of Women's Oppression*, Verso Books, 2016; N. Fraser, «Contradictions of capital and care», *New Left Review*,

julio/agosto 2016, disponible en <https://newleftreview.org/issues/ii100/articles/nancy-fraser-contradictions-of-capital- and-care>.

[87] B. L. Fredrickson y T. A. Roberts, «Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks», *Psychology of Women Quarterly*, 1997, 21 (2): 173-206; S. Loughnan *et al.*, «Objectification leads to depersonalization: The denial of mind and moral concern to objectified others», *Eur J Soc Psychol*, 2010, 40: 709-717; E. Holland *et al.*, «Sexual objectification in women's daily lives: A smartphone ecological momentary assessment study», *Br J Soc Psychol*, 2017; 56 (2): 314-333; J. M. Tyler, R. M. Calogero y K. E. Adams, «Perpetuation of sexual objectification: The role of resource depletion», *Br J Soc Psychol*, 2017, 56 (2): 334-353.

[88] Frazer Benya, Shiela Widnall y Paula Johnson (eds.), *Sexual Harassment of Women*, National Academies Press, 2018.

[89] Daniel Freeman y Jason Freeman, *The Stressed Sex: Uncovering the Truth About Men, Women, and Mental Health*, Oxford University Press, 2013.

[90] M. Rutter, A. Caspi y T. E. Moffitt, «Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies», *J Child Psychol Psychiatry*, noviembre de 2003, 44 (8): 1092-1115.

[91] S. McManus *et al.*, «Mental Health and Wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014», *NHS Digital*, 2016; NHS Digital, «Mental Health of Children and Young People in England: Wave 1 follow up to the 2017 Survey», 2020.

[92] Royal College of Psychiatrists, *Public Mental Health Implementation*, RCPsych, 2022.
[93] <https://www.justice.gov/opa/pr/united-states-sues-telehealth-providers-and-executives-unfair-and-deceptive-conduct>.
[94] <https://www.bloomberg.com/news/features/2022-03-11/cerebral-app-over-prescribed-adhd-meds-ex-employees-say>.
[95] <https://www.additudemag.com/cerebral-adhd-telehealth-diagnosis-medication-report>.
[96] <https://medtigo.com/news/digital-mental-health-companies-draw-scrutiny-and-growing-concerns/>.
[97] <https://bhbusiness.com/2023/02/27/cerebral-quietly-closes-medication-assisted-treatment-program-lays-off-15-of-staff/>.
[98] <https://www.dailymail.co.uk/health/article-11957869/Experts-sound-troubling-warning-number-people-given-stimulants-rockets.html>.
[99] <https://www.theguardian.com/society/2023/jan/13/adhd-services-swamped-say-experts-as-more-uk-women-seek-diagnosis>.
[100] <https://adhduk.co.uk/adult-adhd-screening-survey>.
[101] G. F. Still, «Some abnormal psychiatric conditions in children», *Lancet*, 1902, I: 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
[102] C. Bradley, «The behaviour of children receiving Benzedrine», *Am J Psychiat*, 1937, 94: 577-585.
[103] Alfred Strauss y Laura Lehtinen, *Psychopathology and Education of the Brain Injured Child*, Grune and Stratton, 1947.

[104] Matthew Smith, *Hyperactive: The Controversial History of ADHD*, Reaktion Books, 2012.

[105] Sami Timimi, *Naughty Boys: Anti-Social Behaviour, ADHD and the Role of Culture*, Palgrave Macmillan, 2005.

[106] American and Psychiatric Association, *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II),* APA, 1966.

[107] American and Psychiatric Association, *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*, APA, 1980. [Hay trad. cast.: *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, 1983].

[108] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* Revised (DSM-III-R), APA, 1987. [Hay trad. cast.: *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, 1990].

[109] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*, APA, 1994. [Hay trad. cast.: *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, 1997].

[110] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, APA, 2013. [Hay trad. cast*.: DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Editorial Médica Panamericana, 2014].

[111] Sami Timimi, *Naughty Boys*.

[112] John Fischer y Ann Fischer, *The New Englanders of Orchard Town*, John Wiley and Sons, 1966.

[113] Sami Timimi y Jonathan Leo (eds.), *Rethinking ADHD: From Brain to Culture,* Palgrave Macmillan, 2009.

[114] I. Singh, «A disorder of anger and aggression: children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK», *Soc Sci Med,* septiembre de 2011, 73 (6): 889-896.

[115] E. M. Mann *et al*., «Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children», *Am J Psychiatry*, noviembre de 1992, 149 (11): 1539-1542.

[116] A. Brewis y K.L. Schmidt, «Gender variation in the identification of Mexican children's psychiatric symptoms», *Med Anthropol Q*, septiembre de 2003, 17 (3): 376-393.

[117] E. Carpenter-Song, «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», *Cult Med Psychiatry*, marzo de 2009, 33 (1): 61-85.

[118] A. W. W. A. Wong y S.D. Landes, «Expanding Understanding of Racial-Ethnic Differences in ADHD Prevalence Rates among Children to Include Asians and Alaskan Natives/American Indians», *J Atten Disord*, marzo de 2022, 26 (5): 747-754.

[119] Yaakov Ophir, *ADHD is Not an Illness and Ritalin is Not a Cure*, World Scientific Publishing, 2022.

[120] <https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical--publications/2022/Psychotropics-2022-ebook-Final.pdf>.

[121] M. L. Danielson *et al*., «Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016», *J Clin Child Adolesc Psychol*, marzo-abril de 2018, 47 (2): 199-212.

[122] S. N. Visser *et al*., «Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity

disorder: United States, 2003-2011», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, enero de 2014, 53 (1): 34-46.e2.

6. ¿Es el TDAH un constructo con base científica?

[123] Por ejemplo Jay Joseph, *The trouble with twin studies: A reassessment of twin research in the social and behavioural sciences* (Routledge, 2014) y *Schizophrenia and Genetics* (Routledge, 2023). [Hay trad. cast.: *Esquizofrenia y genética: el final de una ilusión*, trad. de Ricardo García Pérez, Herder, 2021].

[124] N. M. Williams *et al*., «Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis», *Lancet*, 23 de octubre de 2010, 376 (9750): 1401-1408.

[125] <https://www.bbc.co.uk/blogs/thereporters/ferguswalsh/2010/09/the_genetics_of_adhd.html>.

[126] S. V. Faraone y H. Larsson, «Genetics of attention deficit hyperacti-vity disorder», *Mol Psychiatry*, abril de 2019, 24 (4): 562-575.

[127] J. A. Collister, X. Liu y L. Clifton, «Calculating Polygenic Risk Scores (PRS) in UK Biobank: A Practical Guide for Epidemiologists», *Front Genet*, 18 de febrero de 2022, 13: 818574.

[128] R. Plomin y S. von Stumm, «Polygenic scores: prediction versus explanation», *Mol Psychiatry*, enero de 2022, 27 (1): 49-

52.

[129] M. Hoogman *et al.*, «Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis», *Lancet Psychiatry*, abril de 2017, 4 (4): 310-319.

[130] <https://www.madinamerica.com/2017/04/lancet-psychiatry-needs-to-retract-the-adhd-enigma-study/>.

[131] L. Batstra *et al.*, «Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults», *Lancet Psychiatry*, junio de 2017, 4 (6): 439.

[132] S. Bejerot, G. Nilsonne y M. B. Humble, «Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults», *Lancet Psychiatry*, junio de 2017, 4 (6): 437.

[133] L. Eliot *et al.*, «Dump the "dimorphism": Comprehensive synthesis of human brain studies reveals few male-female differences beyond size», *Neurosci Biobehav Rev*, junio de 2021, 125: 667-697

[134] J. L. Rapoport *et al.*, «Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys», *Science*, 3 de febrero de 1978, 199 (4328): 560-563; J. L. Rapoport *et al.*, «Dextroamphetamine. Its cognitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal men», *Arch Gen Psychiatry*, agosto de 1980, 37 (8): 933-943.

[135] N. del Campo *et al.*, «A positron emission tomography study of nigrostriatal dopaminergic mechanisms underlying attention:

implications for ADHD and its treatment», *Brain*, noviembre de 2013, 136 (Pt 11): 3252-3270.

[136] V. Parlatini *et al.*, «A state-of-the-art overview of candidate diagnostic biomarkers for Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)», *Expert Rev Mol Diagn*, abril de 2024, 24 (4): 259-271.

[137] M. Whitely *et al.*, «Attention deficit hyperactivity disorder late birth-date effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: a systematic review», *J Child Psychol Psychiatry*, abril de 2019, 60 (4): 380-391.

[138] Sami Timimi, *Naughty Boys: Anti-Social Behaviour, ADHD and the Role of Culture*, Palgrave Macmillan, 2005.

[139] Elizabeth Wurtzel, *More, Now, Again: A Memoir of Addiction*, Virago, 2003.

[140] <https://www.dailymail.co.uk/health/article-11957869/Experts-sound-troubling-warning-number-people-given-stimulants-rockets.html>.

[141] <https://drugfreeadhd.substack.com>.

[142] L. Hennissen *et al.*, ADDUCE consortium, «Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine», *CNS Drugs*, marzo de 2017, 31 (3): 199-215.

[143] O. J. Storebø *et al.*, «Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)», *Cochrane Database Syst Rev*, 27 de marzo de 2023, 3 (3): CD009885.

[144] B. S. G. Molina *et al.*, MTA Cooperative Group, «The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-

type ADHD in a multisite study», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, mayo de 2009, 48 (5): 484-500.

[145] J. Currie, M. Stabile y L. E. Jones, *Do Stimulant Medications Improve Educational and Behavioral Outcomes for Children with ADHD? NBER Working Paper No. 19105*, National Bureau of Economic Research, 2013; Government of Western Australia, Department of Health, R AINE ADHD *Study: Long-term Outcomes Associated with Stimulant Medication in the Treatment of ADHD in Children*, Department of Health, 2010.

[146] K. Boesen *et al.*, «Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults», *Cochrane Database Syst Rev*, 24 de febrero de 2022, 2 (2): CD012857.

[147] O. J. Storebø *et al.*, *Cochrane Database Syst Rev*.

[148] C. O'Connor, F. McNicholas, «What Differentiates Children with ADHD Symptoms Who Do and Do Not Receive a Formal Diagnosis? Results from a Prospective Longitudinal Cohort Study», *Child Psychiatry Hum Dev,* febrero de 2020, 51 (1): 138-150.

[149] L. Kazda *et al.*, «Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis with Adolescent Quality of Life», *JAMA Netw Open*, 3 de octubre de 2022, 5 (10): e2236364.

[150] L. Zhang *et al.*, «Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Long-Term Risk of Cardiovascular Diseases», *JAMA Psychiatry*, 2023, doi: <10.1001/jamapsychiatry.2023.4294>.

[151] K. Curtin *et al.*, «Increased risk of diseases of the basal ganglia and cerebellum in patients with a history of attention-

deficit/hyperactivity disorder», *Neuropsychopharmacology,* diciembre de 2018, 43 (13): 2548-2555.

7. La creación del autismo

[152] L. Kanner, «Autistic disturbances of affective contact», *Nervous Child*, 1943, 2: 217-250.

[153] V. Lotter, «Epidemiology of autistic conditions in young children: I. prevalence», *Soc Psychiat,* 1966, 1: 124-137.

[154] H. Asperger, «"Autistic Psychopathy" in Childhood», en U. Frith (ed.), *Autism and Asperger Syndrome*, Cambridge University Press, 1991. Publicado por primera vez como «Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter», *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankenheiten*, 1944, 117: 76-136.

[155] Edith Sheffer, *Asperger's Children: The Origins of Autism in Nazi Vienna*, W. W. Norton & Company, 2018. [Hay trad. cast.: *Los niños de Asperger*, Planeta, 2019].

[156] F. Muratori, S. Calderoni y V. Bizzari, «George Frankl: an undervalued voice in the history of autism», *Eur Child Adolesc Psychiatry*, agosto de 2021, 30 (8): 1273-1280.

[157] Steve Silberman, *Neurotribes: the legacy of autism and the future of neurodiversity*, Avery, 2015. [Hay trad. cast.: *Una tribu propia. Autismo y Asperger: otras maneras de entender el mundo*, trad. de Gemma Deza Guil, Planeta, 2016].

[158] L. Eisenberg y L. Kanner, «Childhood schizophrenia: symposium, 1955, VI. Early infantile autism, 1943-55», *Am J Orthopsychiatry*, julio de 1956, 26 (3): 556-566.

[159] L. Wing, «Asperger's syndrome: a clinical account», *Psychol Med*, febrero de 1981, 11 (1): 115-129.

[160] M. Rutter, «Diagnosis and definition of childhood autism», *J Autism Child Schizophr*, junio de 1978, 8 (2): 139-161.

[161] Judith Singer, «Odd People In: The Birth of Community Amongst People on the Autistic Spectrum: A personal exploration of a New Social Movement based on Neurological Diversity», tesis de licenciatura presentada en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Tecnológica de Sidney, 1998.

[162] Por ejemplo, <https://www.science.org/content/article/disorder-or-difference-autism-researchers-face-over-field-s-terminology>.

[163] <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm?s_cid=ss7202a1_w>.

[164] G. Russell *et al.*, «Time trends in autism diagnosis over 20 years: a UK population-based cohort study», *J Child Psychol Psychiatry*, junio de 2022, 63 (6): 674-682.

[165] <https://sparkleclass.com/2022/03/08/famous-autistic-women>.

[166] <https://www.mirror.co.uk/3am/celebrity-news/celebs-who-bravely-opened-up-25475735>.

[167] <https://www.clinical-partners.co.uk>.

[168] C. Allison, B. Auyeung y S. Baron-Cohen, «Toward brief "Red Flags" for autism screening: The Short Autism Spectrum Quotient and the Short Quantitative Checklist for Autism in toddlers in 1,000 cases and 3,000 controls [corrected]», *J Am*

Acad Child Adolesc Psychiatry, febrero de 2012, 51 (2): 202-212.e7.

[169] <https://www.nice.org.uk/guidance/CG142>.

[170] <https://www.additudemag.com/autism-in-women-adhd-signs-symptoms-treatment/>.

[171] <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/professional-practice/autistic-masking>.

[172] Sami Timimi, Brian McCabe y Neil Gardner, *The Myth of Autism: Medicalising Boys' and Men's Social and Emotional Competence*, Palgrave Macmillan, 2010; Katherine Runswick-Cole, Rebecca Mallet y Sami Timimi (eds.), *Re-thinking Autism: Diagnosis, Identity, and Equality*, Jessica-Kingsley, 2016; Sami Timimi, *Insane Medicine: How the Mental Health Industry Creates Damaging Treatment Traps and How you can Escape Them*, Independently published, 2021.

[173] Véase Michel Foucault, *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, Vintage Books, 1977. [Hay trad. cast.: *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, trad. de Aurelio Garzón del Camino, Siglo XXI, 1976].

[174] Jean Baudrillard, *Simulacra and Simulation*, University of Michigan Press, 1994 (original publicado en 1981). [Hay trad. cast.: *Cultura y simulacro*, trad. de A. Vicens y P. Rovira, Kairós, 1994].

[175] Jodi Dean, *Comrade: An Essay in Political Belonging*, Verso, 2019.

[176] Roy Richard Grinker, *Unstrange Minds*, Basic Books, 2007.

[177] Y. S. Kim *et al*., «Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample», *Am J Psychiatry*, septiembre de

2011, 168 (9): 904-912.
[178] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/103312/?sequence=1>.
[179] J. Zeidan *et al.*, «Global prevalence of autism: A systematic review update», *Autism Res*, mayo de 2022, 15 (5): 778-790.

8. ¿Es el autismo un constructo con base científica?

[180] <https://blogs.exeter.ac.uk/exploringdiagnosis/>.
[181] S. Timimi *et al.*, «Deconstructing Diagnosis: Four Commentaries on a Diagnostic Tool to Assess Individuals for Autism Spectrum Disorders», *Autonomy (Birm)*, 12 de junio de 2019, 1 (6): AR26.
[182] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, APA, 2013. [Hay trad. cast.: *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Editorial Médica Panamericana, 2014].
[183] <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/what-is-autism>.
[184] <https://www.acamh.org/cpd-on-demand/myth-busting-autism/>.
[185] L. Rylaarsdam y A. Guemez-Gamboa, «Genetic Causes and Modifiers of Autism Spectrum Disorder», *Front Cell Neurosci*, 20 de agosto de 2019, 13: 385.
[186] V. Hughes, «Epidemiology: Complex disorder», *Nature*, 1 de noviembre de 2012, 491 (7422): S2-3.

[187] R. Al-Jawahiri y E. Milne, «Resources available for autism research in the big data era: a systematic review», *PeerJ*, 12 de enero de 2017, 5: e2880.

[188] L. Rylaarsdam y A. Guemez-Gamboa, art. cit.

[189] D. S. Manoli y M. W. State, «Autism Spectrum Disorder Genetics and the Search for Pathological Mechanisms», *Am J Psychiatry*, 1 de enero de 2021,178 (1): 30-38.

[190] E. A. Maguire *et al*., «Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers», *Proc Natl Acad Sci USA*, 11 de abril de 2000, 97 (8): 4398-4403.

[191] Sami Timimi, Brain McCabe y Neil Gardner, *The Myth of Autism: Medicalising Boys' and Men's Social and Emotional Competence*, Palgrave Macmillan, 2010.

[192] E. Anagnostou y M. J. Taylor, «Review of neuroimaging in autism spectrum disorders: what have we learned and where we go from here», *Mol Autism*, 18 de abril de 2011, 2 (1): 4; I. Dziobek *et al*., «The "amygdala theory of autism" revisited: linking structure to behavior», *Neuropsychologia*, 2006, 44 (10): 1891-1899.

[193] L. Waterhouse, E. London y C. Gillberg, «ASD Validity», *Rev J Autism Dev Disord*, 2016, 3: 302-329.

[194] <http://fcon_1000.projects.nitrc.org/indi/abide/abide_II.html>.

[195] G. Auzias, S. Takerkart y C. Deruelle, «On the Influence of Confounding Factors in Multisite Brain Morphometry Studies of Developmental Pathologies: Application to Autism Spectrum Disorder», *IEEE J Biomed Health Inform*, mayo de 2016, 20 (3): 810-817.

[196] M. L. Elliott *et al*., «What Is the Test-Retest Reliability of Common Task-Functional MRI Measures? New Empirical Evidence and a Meta-Analysis», *Psychol Sci*, julio de 2020, 31 (7): 792-806.

[197] P. Howlin e I. Magiati, «Autism spectrum disorder: outcomes in adulthood», *Curr Opin Psychiatry*, marzo de 2017, 30 (2): 69-76.

[198] D. Mason *et al*., «A Meta-analysis of Outcome Studies of Autistic Adults: Quantifying Effect Size, Quality, and Meta-regression», *J Autism Dev Disord*, septiembre de 2021, 51 (9): 3165-3179.

9. Empezar a corta edad

[199] S. Timimi, «Starting young: Children cultured into becoming psycho-pharmaceutical consumers – the example of childhood depression», en James Davies (ed.), *The Sedated Society: confronting our psychiatric prescribing epidemic*, Palgrave Macmillan, 2016.

[200] S. Timimi, «The McDonaldization of childhood: children's mental health in neo-liberal market cultures», *Transcult Psychiatry*, noviembre de 2010, 47 (5): 686-706.

[201] Z. Timimi y S. Timimi, «Psychiatrisation of School Children: Secondary School Teachers' Beliefs and Practices on Mental Health and Illness», en Michael Harbusch (ed.), *Troubled Persons Industries*, Palgrave Macmillan, 2022; S. Timimi y Z.

Timimi, «The dangers of mental health promotion in schools», *J Philos Educ*, 2022, 56: 12-21.

[202] <https://happiful.com/documentary-reports-mental-health-crisis-amongst-young-people>.

[203] J. Deighton *et al*., «Prevalence of mental health problems in schools: poverty and other risk factors among 28,000 adolescents in England», *Br J Psychiatry*, septiembre de 2019, 215 (3): 565–567.

[204] A. Caspi *et al*., «Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study», *JAMA Netw Open*, 1 de abril de 2020, 3(4): e203221.

[205] T. J. Bommersbach *et al*., «National Trends in Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Youth, 2011-2020», *JAMA*, 2023, 329 (17): 1469-1477.

[206] L. Foulkes y J. L. Andrews, «Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis», *New Ideas Psychol*, 2023, 69: 1-6.

[207] J. D. Haltigan, T. M. Pringsheim y G. Rajkumar, «Social media as an incubator of personality and behavioral psychopathology: Symptom and disorder authenticity or psychosomatic social contagion?», *Compr Psychiatry*, febrero de 2023, 121: 152362.

[208] He recogido los debates académicos sobre la historia de la infancia occidental en mi libro de 2005, *Naughty Boys: Anti-Social Behaviour, ADHD and the Role of Culture* (Palgrave Macmillan).

[209] Henry Jenkins (ed.), *Children's Culture Reader*, New York University Press, 1988.

[210] M. Wolfenstein, «Fun morality: An analysis of recent child-training literature», en Margaret Mead y Martha Wolfenstein (eds.), *Childhood in Contemporary Cultures*, University of Chicago Press, 1955.

[211] B. Maitra, «Culture and the mental health of children: The cutting edge of expertise», en Sami Timimi y Begum Maitra (eds.), *Critical Voices in Child and Adolescent Mental Health*, Free Association Books, 2006.

[212] James Davies, *The Importance of Suffering: The Value and Meaning of Emotional Discontent*, Routledge, 2011.

[213] J. Brownlie, «Not "going there": limits to the professionalisation of our emotional lives», *Sociol Health Illn*, enero de 2011, 33 (1): 130-144; Kathryn Ecclestone y Dennis Hayes, *The Dangerous Rise of Therapeutic Education,* Routledge, 2008; Frank Furedi, *Therapy Culture*, Routledge, 2004.

[214] V. Gillies, «Social and emotional pedagogies: critiquing the new orthodoxy of emotion in classroom and behaviour management», *Br J Sociol Educ*, 2011, 32: 185-202.

[215] K. Brunila y P. Siivonen, «Preoccupied with the self: towards self-responsible, enterprising, flexible and self-centred subjectivity in education», *Discourse Stud Cultural Pol Education*, 2016, 37: 56-69.

[216] P. Stallard *et al*., «Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk

adolescents: pragmatic cluster randomised controlled trial», *BMJ*, 5 de octubre de 2012, 345: e6058.

[217] J. L. Andrews *et al.*, «Evaluating the effectiveness of a universal eHealth school-based prevention programme for depression and anxiety, and the moderating role of friendship network characteristics», *Psychol Med*, agosto de 2023, 53 (11): 5042-5051.

[218] J. Montero-Marin *et al.*, «School-based mindfulness training in early adolescence: what works, for whom and how in the MYRIAD trial?», *Evid Based Ment Health*, 12 de julio de 2022, 25 (3): 117-124; W. Kuyken *et al.*, «Effectiveness and cost-effectiveness of universal school-based mindfulness training compared with normal school provision in reducing risk of mental health problems and promoting well-being in adolescence: the MYRIAD cluster randomised controlled trial», *Evid Based Ment Health*, 12 de julio de 2022, 25 (3): 99-109.

[219] D. Dunning *et al.*, «The impact of mindfulness training in early adolescence on affective executive control, and on later mental health during the COVID-19 pandemic: a randomised controlled trial», *Evid Based Ment Health*, 12 de julio de 2022, 25 (3): 110-116; D. Dunning *et al.*, «Do mindfulness-based programmes improve the cognitive skills, behaviour and mental health of children and adolescents? An updated meta-analysis of randomised controlled trials», *Evid Based Ment Health*, 12 de julio de 2022, 25 (3): 135-142.

[220] L. J. Harvey *et al.*, «Investigating the efficacy of a Dialectical behaviour therapy-based universal intervention on adolescent

social and emotional well-being outcomes», *Behav Res Ther*, octubre de 2023, 169: 104408.

[221] J. L. Andrews *et al*., art. cit.

[222] P. Cuijpers, «Universal prevention of depression at schools: dead end or challenging crossroad?», *Evid Based Ment Health*, 12 de julio de 2022, ebmental-2022-300469.

10. La terapia de producción en cadena

[223] R. Budd e I. Hughes, «The Dodo Bird Verdict – controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses», *Clin Psychol Psychother*, noviembre-diciembre 2009, 16 (6): 510-522; Mick Cooper, *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy: The Facts are Friendly*, Sage, 2008; Barry Duncan, Scott Miller, Bruce Wampold y Mark Hubble (eds.), *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy: Second Edition*, American Psychological Association, 2010; S. Miller, B. Wampold, y K. Varhely, «Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis», *Psychother Res*, enero de 2008, 18 (1): 5-14; J. Sparks, B. Duncan y S. Miller, «Common factors in psychotherapy: Common means to uncommon outcomes», en Jay Lebow (ed.), *21st century psychotherapies*, Wiley, 2008; Bruce Wampold y Zac Imel, *The Great Psychotherapy Debate: Second Edition*, Routledge, 2015. [Hay trad. cast.: *El gran debate de la psicoterapia: la evidencia de qué hace que la terapia funcione*, trad. de Luis Botella García del Cid, Eleftheria, 2021].

[224] Barry Duncan, Scott Miller y Jaqueline Sparks, *The Heroic Client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*, Jossey-Bass, 2004.

[225] S. Timimi *et al*., «Outcome Orientated Child and Adolescent Mental Health Services (OO-CAMHS): a whole service model», *Clin Child Psychol Psychiatry*, abril de 2013, 18 (2): 169-184.

[226] Sami Timimi, Dianne Tetley y Wayne Burgoine, *Outcome Orientated Child and Adolescent Mental Health Services (OO-CAMHS): A Service Transformation Toolkit*, Author House, 2012.

[227] J. Edbrooke-Childs, A. Calderon, M. Wolpert y P. Fonagy, *Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies: Rapid Internal Audit, National Report,* Evidence-Based Practice Unit, Anna Freud Centre, 2015.

[228] Open Science Collaboration, «Estimating the reproducibility of psychological science», *Science*, 28 de agosto de 2015, 349 (6251): aac4716.

[229] R. E. Nisbett y T. Masuda, «Culture and point of view», *Intellectica*, 2007, 46-47: 153-172.

[230] M. Finegan, N. Firth y J. Delgadillo, «Adverse impact of neighbourhood socioeconomic deprivation on psychological treatment outcomes: the role of area-level income and crime», *Psychother Res*, abril de 2020, 30 (4):546-554; J. Delgadillo *et al*., «On poverty, politics and psychology: the socioeconomic gradient of mental healthcare utilisation and outcomes», *Br J Psychiatry*, noviembre de 2016, 209 (5): 429-430; S. McPherson, M. P. Hengartner, «Long-term outcomes of trials in the National Institute for Health and Care Excellence depression guideline», *BJPsych Open*, 9 de septiembre de 2019, 5 (5): e81.

[231] Budd Hughes, «The Dodo Bird Verdict»; N. Drury, «Mental health is an abominable mess: Mind and nature is a necessary unity», *New Zealand J Psychol*, 2014, 43: 5-17; T. J. Johnsen y O. Friborg, «The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis», *Psychol Bull*, julio de 2015, 141 (4): 747-768; O. Friborg y T. J. Johnsen, «The effect of cognitive-behavioral therapy as an antidepressive treatment is falling: Reply to Ljòtsson *et al*. (2017) and Cristea *et al.* (2017)», *Psychol Bull*, marzo de 2017, 143 (3): 341-345; J. R. Weisz *et al*., «What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice», *Am Psychol*, febrero-marzo de 2017, 72 (2): 79-117.

[232] Farhad Dalal, *CBT: The Cognitive Behavioural Tsunami: Managerialism, Politics and the Corruptions of Science*, Routledge, 2019; N. S. Jacobson *et al*., «A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression», *J Consult Clin Psychol*, abril de 1996, 64 (2): 295-304; R. J. Longmore y M. Worrell, «Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?», *Clin Psychol Rev*, marzo de 2007, 27 (2): 173-187; G. I. Spielmans, L. F. Pasek y J. P. McFall, «What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review», *Clin Psychol Rev*, junio de 2007, 27 (5): 642-654.

[233] F. Leichsenring *et al*., «The efficacy of psychotherapies and pharmaco- therapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses», *World Psychiatry*, febrero de 2022, 21 (1): 133-145.

[234] Drury, «Mental health is an abominable mess».

[235] L. Bickman *et al*., «The Fort Bragg *continuum* of care for children and adolescents: mental health outcomes over 5 years», *J Consult Clin Psychol*, agosto de 2000, 68 (4): 710-716; F. Jörg *et al*., «Puzzling findings in studying the outcome of "real world" adolescent mental health services: the TRAILS study», *PL oS One*, 2012, 7 (9): e44704; B. Weiss *et al*., «The effectiveness of traditional child psychotherapy», *J Consult Clin Psychol*, febrero de 1999, 67 (1): 82-94; B. Weiss, T. Catron y V. Harris, «A 2-year follow-up of the effectiveness of traditional child psychotherapy», *J Consult Clin Psychol*, diciembre de 2000, 68 (6): 1094-1101.

[236] <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/improving-access-to-psychological-therapies-iapt-programme>.

[237] D. Summerfield y D. Veale, «Proposals for massive expansion of psychological therapies would be counterproductive across society», *Br J Psychiatry*, mayo de 2008, 192 (5): 326-330.

[238] N. Hawkes, «Talking therapies: can the centre hold?», *BMJ*, 9 de marzo de 2011, 342: d1459.

[239] Rosemary Rizq (ed.), *The Industrialisation of Care: Counselling and Psychotherapy in a Neoliberal Age*, PCCS Books, 2019.

[240] M. J. Scott, «Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) – The Need for Radical Reform», *J Health Psychol*, agosto de 2018, 23 (9): 1136-1147; S. Timimi, «The diagnosis is correct, but National Institute of Health and Care Excellence guidelines are part of the problem not the solution», *J Health Psychol*, agosto de 2018, 23 (9): 1148-1152.

[241] R. Spence *et al*., *Focus On: Antidepressant Prescribing: Trends in the Prescribing of Antidepressants in Primary Care*, Health Foundation and Nuffield Trust, 2014.

[242] <https://pharmaceutical-journal.com/article/news/antidepressant-prescribing-increases-by-35-in-six-years>.

[243] S. Timimi, «Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies: inspiring innovation or more of the same?», *BJPsych Bull*, abril de 2015, 39 (2): 57-60.

[244] P. Fonagy y D. M. Clark, «Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: Commentary on… and Young People's Improving Access to Psychological Therapies», *BJPsych Bull*, octubre de 2015, 39 (5): 248-251; S. Timimi, «Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: author's reply», *BJPsych Bull*, octubre de 2015, 39(5): 252-253.

[245] Ronald Purser, *McMindfulness: How Mindfulness Became the New Capitalist Spirituality*, Watkins Media, 2019.

[246] Dalal, *CBT: The Cognitive Behavioural Tsunami*.

11. El complejo industrial de la salud mental (CISM)

[247] <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/serotonin-the-natural-mood-booster>.

[248] Joanna Moncrieff, *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*, Palgrave Macmillan, 2007.

[249] C. M. France, P. H. Lysaker y R.P. Robinson, «The "chemical imbalance" explanation for depression: Origins, lay endorsement, and clinical implications», *Professional Psychology: Research and Practice*, 2007, 38 (4): 411-420; P. D. Pilkington, N. J. Reavley y A. F. Jorm, «The Australian public's beliefs about the causes of depression: associated factors and changes over 16 years», *J Affect Disord*, 5 de septiembre de 2013, 150 (2): 356-362.

[250] B. Ang, M. Horowitz y J. Moncrieff, «Is the chemical imbalance an "urban legend"? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the academic literature», *SSM – Mental Health*, 2022, 2: 100098.

[251] <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>.

[252] J. Moncrieff *et al.*, «The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence», *Mol Psychiatry*, 20 de julio de 2022, doi: <10.1038/s41380-022-01661-0>.

[253] <https://www.sciencemediacentre.org/expert-reaction-to-a-review-paper-on-the-serotonin-theory-of-depression/>.

[254] <https://www.madinamerica.com/2022/07/response-criticism-serotonin-paper/>.

[255] J. J. Kemp, J. J. Lickel y B. J. Deacon, «Effects of a chemical imbalance causal explanation on individuals' perceptions of their depressive symptoms», *Behav Res Ther*, mayo de 2014, 56: 47-52.

[256] R. D. Goldney *et al.*, «Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998

and 2008», *Aust N Z J Psychiatry,* octubre de 2010, 44 (10): 901-910.

[257] <https://www.madinamerica.com/2023/04/answering-awais-aftab/>.

[258] S. Viola y J. Moncrieff, «Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014», *BJPsych Open*, 13 de enero de 2016, 2 (1): 18-24.

[259] J. C. Jakobsen, C. Gluud e I. Kirsch, «Should antidepressants be used for major depressive disorder?», *BMJ Evid Based Med*, agosto de 2020, 25 (4): 130.

[260] K. Munkholm, A. S. Paludan-MÜller y K. Boesen, «Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis», *BMJ Open*, 2019, 9: e024886.

[261] V. Faria *et al.*, «Do You Believe It? Verbal Suggestions Influence the Clinical and Neural Effects of Escitalopram in Social Anxiety Disorder: A Randomized Trial», *EBioMedicine*, octubre de 2017, 24: 179-188.

[262] J. C. Jakobsen *et al.*, «Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis», *BMC Psychiatry*, 8 de febrero de 2017, 17 (1): 58.

[263] H. Ma, M. Cai y H. Wang, «Emotional Blunting in Patients With Major Depressive Disorder: A Brief Non-systematic Review of Current Research», *Front Psychiatry*, 14 de diciembre de 2021, 12: 792960.

[264] J. N. Jureidini *et al.*, «Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents», *BMJ*, 10 de abril de 2004, 328

(7444): 879-883.

[265] Sami Timimi (2021), *Insane Medicine: How the Mental Health Industry Creates Damaging Treatment Traps and How you can Escape Them*, Independently published, 2021.

[266] P. Doshi *et al*., «Restoring invisible and abandoned trials: a call for people to publish the findings», *BMJ*, 2013, 346: f2865.

[267] J. Le Noury *et al*., «Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence», *BMJ*, 16 de septiembre de 2015, 351: h4320.

[268] J. March *et al*., «Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial», *JAMA*, 18 de agosto de 2004, 292 (7): 807-820.

[269] N. Aboustate y J. Jureidini, «Barriers to access to clinical trial data: Obstruction of a RIAT reanalysis of the treatment for adolescents with depression study», *Int J Risk Saf Med*, 2022, 33 (3): 299-308.

[270] P. C. Gøtzsche y D. Healy, «Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression», *Int J Risk Saf Med*, 2022, 33 (4): 385-408.

[271] <https://www.youtube.com/watch?v=9oH9ovmmAXk>.

[272] Peter Gøtzsche, *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare*, Routledge, 2013. [Hay trad. cast.: *Medicamentos que matan y crimen organizado; cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*, trad. de Pau Gros Calsina, Los Libros del Lince, 2014].

[273] S. Timimi, «Review of "Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse" by P. Gøtzsche», *Psychosis*, 2020, 12 (1): 99-100.

[274] Peter Gøtzsche, *Deadly Psychiatry and Organised Denial*, Art People, 2015. [Hay trad. cast.: *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, trad. de Pau Gros Calsina, Los Libros del Lince, 2016].

[275] Robert Whitaker y Lisa Cosgrove, *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*, Springer, 2015.

[276] Los «autores fantasma» son personas contratadas para escribir un artículo de una revista o periódico, discursos u otros textos, cuya autoría se atribuye después a otra persona, que después se considera autor de una serie de publicaciones que nunca escribió.

[277] American Psychiatric Association, *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*, APA, 1980. [Hay trad. cast.: *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,* Masson, 1983].

[278] James Davies, *Cracked: Why Psychiatry is Doing More Harm Than Good*, Icon Books, 2013. J. Davies, «How Voting and Consensus Created the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)», *Anthropol Med*, April 2017, 24(1): 32-46.

[279] D. L. Rosenhan, «On being sane in insane places», *Science*, 19 de enero de 1973, 179 (4070): 250-258. [Hay trad. cast.: «Acerca de estar sano en un medio enfermo», en P. Watzlawick, *La realidad inventada*, Gedisa, 1982].

[280] Véase el documental de Adam Curtis de 2007, titulado *The Trap* [en España se emitió en 2008 como *La trampa*], en cuyo primer episodio aparece una entrevista a David Rosenhan.

[281] Stuart Kirk y Herb Kutchins, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, Aldine de Gruyter, 1992.

[282] Timimi, *Insane Medicine*.

[283] Davies, *Anthropol Med*.

[284] <https://www.nytimes.com/2023/05/16/magazine/does-therapy-work.html>.

[285] S. Forthal *et al*., «Mental Health First Aid: A Systematic Review of Trainee Behavior and Recipient Mental Health Outcomes», *Psychiatr Serv*, 1 de abril de 2022, 73 (4): 439-446.

[286] James Davies, *Sedated: How Modern Capitalism Created our Mental Health Crisis*, Atlantic Books, 2022. [Hay trad. cast.: *Sedados. Cómo el capitalismo moderno creó la salud mental*, trad. de Mireia Bofill Abelló, Capitán Swing, 2022].

[287] M. Martin-Carrasco *et al*., «EPA guidance on mental health and economic crises in Europe», *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, marzo de 2016, 266 (2): 89-124; S. Mathieu *et al*., «The Role of Unemployment, Financial Hardship, and Economic Recession on Suicidal Behaviors and Interventions to Mitigate Their Impact: A Review», *Front Public Health*, 6 de julio de 2022, 10: 907052.

[288] M. Whitely, M. Raven y J. Jureidini, «Antidepressant Prescribing and Suicide/Self-Harm by Young Australians: Regulatory Warnings, Contradictory Advice, and Long-Term Trends», *Front Psychiatry*, 5 de junio de 2020, 11: 478.

[289] S. B. Goldberg *et al*. «Mobile phone-based interventions for mental health: A systematic meta-review of 14 meta-analyses of randomized controlled trials», *PLOS Digit Health*, 2022, 1 (1): e0000002.

12. Neurodiversidad, género y nuevas tipologías humanas

[290] La versión completa de nuestro debate se encuentra en: <https://blogs.exeter.ac.uk/exploringdiagnosis/debates/debate-1/>.

[291] Walter Benn Michaels: *The Trouble With Diversity: How We Learned to Love Identity and Ignore Inequality*, Metropolitan Books, 2006; *The Beauty of a Social Problem: Photography, Autonomy, Economy*, University of Chicago Press, 2015.

[292] <https://wersm.com/do-you-hear-us-now-doritos-joins-the-blm-movement/>.

[293] <https://www.sec.gov/ix?doc=/Archives/edgar/data/1364742/000095017023004343/blk-20221231.htm>.

[294] <https://www.blackrock.com/corporate/responsibility/environmental-sustainability>.

[295] <https://careers.blackrock.com/life-at-blackrock-2/diversity-equity- and-inclusion>.

[296] <https://theintercept.com/2023/02/09/corporate-lobbying-congress-diversity>.

[297] <https://www.socialistalternative.org/2021/08/17/woke-capitalism-is-not-the-ally-of-oppressed-people/>.

[298] Hannah Barnes, *Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children*, Swift Press, 2023.

[299] <https://can-sg.org/2023/03/08/review-of-book-by-hannah-barnes-time-to-think-the-inside-story-of-the-collapse-of-the-tavistocks-gender-service-for-children/>.

[300] <https://gendercriticalwoman.blog/wp-content/uploads/2022/06/FOI_20-21117_2005_David_Taylor_Report.pdf>.

[301] <https://www.theguardian.com/society/2021/may/02/tavistock-trust-whistleblower-david-bell-transgender-children-gids>.

[302] <https://medium.com/@kirstyentwistle/an-open-letter-to-dr-polly-carmichael-from-a-former-gids-clinician-53c541276b8d>.

[303] P. Carmichael *et al.*, «Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK», *PLoS One*, 2 de febrero de 2021, 16 (2): e0243894.

[304] Keira relata aquí lo que le sucedió: <https://www.persuasion.community/p/keira-bell-my-story>.

[305] <https://cass.independent-review.uk/home/publications/interim-report/>.

[306] <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>.

[307] <https://gids.nhs.uk/about-us/number-of-referrals>.

[308] L. Griffin *et al.*, «Sex, gender and gender identity: a re-evaluation of the evidence», *BJPsych Bull*, octubre de 2021, 45 (5): 291-299.

[309] Calculado por un colega sueco a partir de <https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx>.

[310] P. Expósito-Campos *et al.*, «Evolution and trends in referrals to a specialist gender identity unit in Spain over 10 years (2012-2021)», *J Sex Med*, 27 de febrero de 2023, 20 (3): 377-387.

[311] <https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-data>.

[312] <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Trans-Pop-Update-Jun-2022.pdf>.

[313] <https://www.pewresearch.org/short-reads/2022/06/07/about-5-of-young-adults-in-the-u-s-say-their-gender-is-different-from-their-sex-assigned-at-birth/>.

[314] R. Kaltiala *et al.*, «Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK», *Nord J Psychiatry*, enero de 2020, 74 (1): 40-44.

[315] K. Kozlowska *et al.*, «Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service», *Human Systems*, 2021, 1 (1): 70-95.

[316] R. Kaltiala-Heino *et al.*, «Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development», *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9 de abril de 2015, 9: 9.

[317] K. Cooper, «Phenomenology of gender dysphoria in autism: a multi-perspective qualitative analysis», *J Child Psychol Psychiatry*, febrero de 2023, 64 (2): 265-276.

[318] <https://www.tabletmag.com/sections/science/articles/finland-youth-gender-medicine>.

[319] C. Heneghan y T. Jefferson, «Gender-affirming hormone in children and adolescents», *BMJ EBM Spotlight*, 25 de febrero de 2019, <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2019/02/25/gender-affirming-hormone-in-children-and-adolescents-evidence-review/>.

[320] «Puberty blockers for young people will only be available as part of clinical research, says NHS England», *BMJ*, 2023, 381, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.p1344>.

[321] S. B. Levine y E. Abbruzzese, «Current Concerns About Gender-Affirming Therapy in Adolescents», *Curr Sex Health Rep*, 2023, 15: 113-123.

[322] S. C. Mueller, «Mental Health Treatment Utilization in Transgender Persons: What We Know and What We Don't Know», *Am J Psychiatry*, 1 de agosto de 2020, 177 (8): 657-659.

[323] J. Elkadi *et al.*, «Developmental Pathway Choices of Young People Presenting to a Gender Service with Gender Distress: A Prospective Follow-Up Study», *Children (Basel)*, 7 de febrero de 2023, 10 (2): 314.

[324] C. M. Roberts *et al.*, «Continuation of Gender-affirming Hormones Among Transgender Adolescents and Adults», *J Clin*

Endocrinol Metab, 18 de agosto de 2022, 107 (9): e3937-e3943.

[325] J. Elkadi *et al*., art cit.

[326] R. D'Angelo: «The man I am trying to be is not me», *Int J Psychoanal*, octubre de 2020, 101 (5): 951-970; «Psychiatry and the ethical limits of gender affirming care», en Michelle Moore y Heather Brunskell-Evans (eds.), *Inventing Transgender Children and Young People*, Cambridge Scholars, 2019.

[327] Mari Ruti, *The Ethics of Opting Out: Queer theory's defiant subjects*, Columbia University Press, 2017.

[328] Eva Illouz, *The End of Love: A Sociology of Negative Relations*, OUP USA, 2019. [Hay trad. cast.: *El fin del amor: una sociología de las relaciones negativas*, trad. de Lilia Mosconi, Katz Editores, 2021].

13. Vivir en la cultura de la comparación y la competencia

[329] S. Timimi, «"Eating Disorders '95" Second London International Conference on Eating Disorders», *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1996, 1 (1): 161-163.

[330] I. Gordon *et al*., «Childhood-onset anorexia nervosa: towards identifying a biological substrate», *Int J Eat Disord*, septiembre de 1997, 22 (2): 159-165.

[331] R. Prince y E. F. Thebaud, «Is Anorexia Nervosa a Culture-Bound Syndrome?», *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1983, 20 (4): 299-302; L. Swartz, «Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome», *Soc Sci Med*, 1985, 20 (7): 725-730.

[332] Patricia Fallon, Melanie Katzman y Susan Wooley (eds.), *Feminist perspectives on eating disorders*, Guilford Press, 1994.

[333] A. LaMarre *et al*., «An open invitation to productive conversations about feminism and the spectrum of eating disorders (part 1): basic principles of feminist approaches», *J Eat Disord*, 19 de abril de 2022, 10 (1): 54.

[334] Ethan Watters, *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*, Free Press, 2010.

[335] <https://www.manchester.ac.uk/about/news/researchers-chart-large-rise-in-eating-disorders-and-self-harm-amongst-teenage-girls/>.

[336] Elizabeth Martinez y Arnoldo García, *What is Neo-Liberalism? A Brief Definition*, New Press, 2000.

[337] Friedrich von Hayek, *The Road to Serfdom*, Routledge, 2001. [Hay trad. cast.: *Camino de servidumbre*, trad. de José Vergara, Alianza, 2011].

[338] Michael Parenti, *Blackshirts & Reds: Rational Fascism and the Overthrow of Communism*, City Light Books, 1997.

[339] Michael Kellogg, *The Russian Roots of Nazism: White Émigrés and the Making of National Socialism, 1917-1945*, Cambridge University Press, 2005.

[340] Marcus Taylor, *From Pinochet to the 'Third Way': Neoliberalism and Social Transformation in Chile*, Pluto Press, 2006.

[341] David Harvey, *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford University Press, 2007.

[342] Samir Amin, *Accumulation on a World Scale: Critique of the Theory of Under-development*, Monthly Review Press, 1974.

[Hay trad. cast.: *La acumulación a escala mundial. Crítica de la teoría del subdesarrollo*, trad. de Rosalía Cortés y León Mames Siglo XXI, 1974].

[343] Samir Amin, *The Law of Worldwide Value*, Monthly Review Press, 2010.

[344] Michael Hudson, *Super Imperialism: The Economic Strategy of American Empire*, Third Edition, Islet, 2021. [Hay trad. cast.: *Super imperialismo. La estrategia económica del imperio norteamericano*, Dopesa, 1973].

[345] «... están proyectando sus problemas sobre la sociedad, y ¿quién es la sociedad? ¡No existe tal cosa! Hay hombres y mujeres individuales y hay familias...». Margaret Thatcher, entrevista para *Woman's Own*, 1987.

[346] Peter Berger y Thomas Luckmann, *The Social Construction of Reality*, Doubleday/Anchor, 1966. [Hay trad. cast.: *La construcción social de la realidad*, trad. de Silvia Zuleta, H.F. Martínez de Murguía, 1968].

[347] Carlos Garrido (ed.), *Marxism and the Dialectical Worldview*, Midwestern Marx Publishing, 2022.

[348] George Hoare y Nathan Sperber, *An Introduction to Antonio Gramsci: His Life, Thought and Legacy*, Bloomsbury Academic, 2015.

[349] Edward Herman y Noam Chomsky, *Manufacturing Consent: The Political Economy of the Mass Media*, Pantheon Books, 1988. [Hay trad. cast.: *Los guardianes de la libertad: propaganda, desinformación y conceso en los medios de comunicación de masas*, trad. de Carme Castells, Crítica, 1990].

[350] Z. Timimi, «What we owe our friends», 2024, <https://ethics.org.au/what-we-owe-our-friends>.

[351] Richard Wilkinson y Kate Pickett, *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*, Penguin, 2010. [Hay trad. cast.: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*, trad. de Laura Vidal, Turner, 2009].

[352] Pierre Bourdieu, *Distinctions: A Social Critique of the Judgment of Taste,* trad. de R. Nice, Harvard University Press, 1984 (publicado por primera vez en 1979). [Hay trad. cast.: *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, trad. de M.ª del Carmen Ruiz Elvira, Taurus, 1988].

[353] Owen Jones, *Chavs: The Demonization of the Working Class*, Verso Books, 2011. [Hay trad. cast.: *Chavs. La demonización de la clase obrera*, trad. de Iñigo Jáuregui, Capitán Swing, 2013].

[354] Jon McKenzie, *Perform or Else: From Discipline to Performance*, Routledge, 2001.

[355] C. H. Tienken, «Neoliberalism, Social Darwinism, and Consumerism Masquerading as School Reform», *Interchange*, mayo de 2013, 43 (4): 295-316.

[356] Clare Crawford, Lorraine Dearden y Ellen Greaves, *When You Are Born Matters: Evidence for England*, Institute for Fiscal Studies, 2013; M. Whitely *et al*., «Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: a systematic review», *J Child Psychol Psychiatry*, abril de 2019, 60 (4): 380-391.

[357] Michel Foucault, *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, Vintage Books, 1977. [Hay trad. cast.: *Vigilar y castigar:*

nacimiento de la prisión, trad. de Aurelio Garzón del Camino, Siglo XXI, 1976].

[358] <https://www.wesjones.com/eoh.htm> y F. Fukuyama, *The End of History and the Last Man*, Free Press, 1992. [Hay trad. cast.: *El fin de la historia y el último hombre*, trad. de P. Elías, Planeta-Agostini, 1994].

[359] <https://www.epi.org/publication/causes-of-wage-stagnation>.

[360] <https://www.pymnts.com/consumer-finance/2022/report-36-of-consumers-earning-250k-now-live-paycheck-to-paycheck/>.

[361] <https://usafacts.org/articles/which-cities-in-the-us-have-the-most-homelessness/>.

[362] <https://www.feedingamerica.org/hunger-in-america>.

[363] <https://www.rts.com/resources/guides/food-waste-america>.

[364] <https://www.fastcompany.com/90858376/were-going-backwards-in- water-access-how-46-million-americans-still-dont-have-safe-drinking- water>.

[365] J. H. Tanne, «Life expectancy: US sees steepest decline in a century», *BMJ*, 2022, 378, <doi.org/10.1136/bmj.o2142>.

[366] <https://inequality.org/article/inequality-in-america-far-beyond-extreme/>.

[367] <https://www.oxfam.org/en/press-releases/richest-1-bag-nearly-twice-much-wealth-rest-world-put-together-over-past-two-years>.

[368] M. Gilens y B. Page, «Testing Theories of American Politics: Elites, Interest Groups, and Average Citizens», *Perspectives on*

Politics, 2014, 12 (3): 564-581.

[369] <https://news.gallup.com/poll/329639/support-third-political-party-high-point.aspx>.

[370] <https://news.gallup.com/poll/1600/congress-public.aspx>.

[371] <https://www.fool.com/investing/stock-market/market-sectors/communication/media-stocks/big-6/>.

[372] Herman y Chomsky, *op. cit*.

[373] <https://www.ft.com/content/c0b3a1d1-b887-4b67-ba0e-b6e745e1df7b>.

[374] <https://www.commondreams.org/views/2010/04/13/your-tax-dollars-war-more-53-your-tax-payment-goes-military>.

[375] <https://www.thesoldiersproject.org/how-many-us-military-bases-are-there-in-the-world/>.

[376] <https://fortune.com/europe/2023/06/25/dollar-reserve-currency-brics-brazil-russia-india-china-south-africa/>.

[377] <https://www.visualcapitalist.com/de-dollarization-countries-seeking-alternatives-to-the-u-s-dollar/>.

.[378] <https://www.politico.eu/article/brics-summit-south-africa-six-new-countries-join-alliance>.

[379] <https://www.ft.com/content/c8cf024d-87b7-4e18-8fa2-1b8a3f3fbba1>.

[380] El último en el momento de escribir esto es el libro de 2024 del historiador, antropólogo, sociólogo y politólogo Emmanuel Todd, *La défaite de l'Occident*, Gallimard, 2024. [Hay trad. cast.: *La derrota de Occidente*, trad. de José Weissdorn, Akal, 2024].

[381] John Gray, *The New Leviathans: Thoughts After Liberalism*, Allen Lane, 2023. [Hay trad. cast.: *Los nuevos leviatanes.*

Reflexiones para después del liberalismo, trad. de Albino Santos Mosquera, Sexto Piso, 2024].

14. Psiquiatría colonial

[382] V. Skultans, «From damaged nerves to masked depression: inevitability and hope in Latvian psychiatric narratives», *Soc Sci Med*, junio de 2003, 56 (12): 2421-2431.

[383] C. J. Murray, L. Lopez y D. Alan, World Health Organization, World Bank, Harvard School of Public Health, *The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary*, WHO, 1996.

[384] World Health Organization, *Mental Health Global Action Programme: mhGAP – Scaling up Care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorder*, WHO, 2008.

[385] <https://www.who.int/activities/scaling-up-mental-health-care>.

[386] C. Mills y E. Hilberg, «"Built for expansion": the "social life" of the WHO's mental health GAP Intervention Guide», *Sociol Health Illn*, octubre de 2019, 41 Suppl 1: 162-175; D. Summerfield, «Afterword: against "global mental health"», *Transcult Psychiatry*, julio de 2012, 49 (3-4): 519-530.

[387] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

[388] Stefan Ecks, *Eating drugs: psychopharmaceutical pluralism in India*, New York University Press, 2013.

[389] S. Jadhav, «Dhis and Dha¯t: Evidence of Semen Retention Syndrome Amongst White Britons», *Anthropol Med*, diciembre de 2007, 14 (3): 229-239.

[390] G. Obeyesekere, «Depression, Buddhism, and the work of culture in Sri Lanka», en Arthur Kleinman y Byron Good (eds.), *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, 1985.

[391] B. Good, B. J. Good y R. Moradi, «The interpretation of Iranian depressive illness and dysphoric affect», en Arthur Kleinman y Byron Good (eds.), *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, 1985.

[392] C. Lutz, «Depression and the translation of emotional worlds», en Arthur Kleinman y Byron Good (eds.), *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, 1985.

[393] A. E. Becker y D. T. S. Lee, «Indigenous models for attenuation of post-partum depression: case studies from Fiji and Hong Kong», en Alex Cohen, Arthur Kleinman y Benedetto Saraceno (eds.), *World mental health casebook*, Kluwer, 2002.

[394] G. Stern y L. Kruckman, «Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique», *Social Sci Med*, 1983, 17 (15): 1027-1041.

[395] Margaret Lock, *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*, University of California Press, 1993.

[396] S. Lee, «The Vicissitudes of Neurasthenia in Chinese Societies: Where Will It Go From the ICD-10?», *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1994, 31 (2): 153-172.

[397] S. Lee y A. Kleinman, «Are Somatoform Disorders Changing With Time? The Case of Neurasthenia in China», *Psychosomatic Medicine*, noviembre de 2007, 69 (9): 846-849.

[398] <https://www.dw.com/en/india-why-are-suicides-among-farmers-on-the-increase/a-62991022>.

[399] S. V. Menon, «Globalisation, State and Disempowerment: Study of Farmers Suicide in Warangal», *Munich Personal RePEc Archive*, 2006, <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/1633/1/MPRA_paper_1633.pdf>.

[400] N. K. Kannuri y S. Jadhav, «Cultivating distress: cotton, caste and farmer suicides in India», *Anthropol Med*, diciembre de 2021, 28 (4): 558-575.

[401] R. Srinivasa Murthy, «Farmers suicide: Need for mental health interventions», *Indian J Soc Psychiatry*, 2012, 28: 26-35.

[402] S. Kottai, «Farmers' Protests, Death by Suicides, and Mental Health Systems in India: Critical Questions», *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 2021, 23 (2): 70-88.

[403] <https://www.thelancet.com/series/global-mental-health>.

[404] <https://www.thelancet.com/commissions/global-mental-health>.

[405] <https://www.thelancet.com/lancet-200/mental-health>.

[406] Ethan Watters, *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*, Free Press, 2010.

[407] E. Cleall, «Missionaries, Masculinities and War: The London Missionary Society in Southern Africa, c. 1860-1899», *South*

African Historical Journal, 2009, 61 (2): 232-253; Roland Oliver, *The Missionary Factor in East Africa*, Longmans, 1952.

[408] Roland Littlewood y Simon Dein, *Cultural psychiatry and medical anthropology: an introduction and reader*, Athlone Press, 2000; Arthur Kleinman y Byron Good (eds.), *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, 1985.

[409] Suman Fernando, *Institutional Racism in Psychiatry and Clinical Psychology: Race Matters in Mental Health*, Palgrave Macmillan, 2017.

[410] Adam Rutherford, *Control*: *The Dark History and Troubling Present of Eugenics*, W&N, 2020.

[411] Frantz Fanon, *Black Skins White Masks*, trad. de C.L. Markmann, Pluto Press, 1986 (primera edición de 1952). [Hay trad. cast.: *Piel negra, máscaras blancas*, trad. de Iría Álvarez Moreno, Paloma Monleón Alonso y Ana Useros Martín, Akal, 2009].

[412] Frantz Fanon, *The Wretched of the Earth*, trad. de C. Farrington, Penguin Classics, 1961; edición revisada de 2001. [Hay trad. cast.: *Los condenados de la tierra*, trad. de Julieta Campos, Fondo de Cultura Económica, 1965].

[413] Edward Said*, Orientalism*, Pantheon Books, 1978. [Hay trad. cast.: *Orientalismo*, presentación de Juan Goytisolo y trad. de María Luisa Fuentes, Debate, 2016].

[414] G. Spivak, «Can the Subaltern Speak?», en Carl Nelson y Lawrence Grossberg (eds.), *Marxism and the Interpretation of Culture*, Macmillan, 1988.

[415] G. M. White, «The role of cultural explanations in "somatization" and "psychologization"», *Soc Sci Med*, 1982, 16 (16): 1519-1530.

[416] Ecks, *Eating drugs*; Kleinman, Good (eds.), *Culture and depression*.

[417] «Psychiatrists urge royal college to tackle racism», *BMJ*, 2020, 370: m2657, <doi.org/10.1136/bmj.m2657>; <https://www.theguardian.com/society/2020/jul/01/psychiatrists-urge-new-leader-to-rid-profession-of-institutional-racism>.

[418] <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/about-us/equality-diversity-and-inclusivity/equality-action-plan---january-2021.pdf>.

[419] <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/rcpsych-insight-magazine/rcpsych-insight-23---spring-2023.pdf>.

15. Recuperar las emociones

[420] Brooke Siem, *May Cause Side Effects: A Memoir*, Central Recovery Press, 2022.

[421] <https://www.youtube.com/watch?v=wQNYEwGmo5I>.

[422] L. Harari, S. S. Oselin y B. G. Link, «The Power of Self-Labels: Examining Self-Esteem Consequences for Youth with Mental Health Problems», *J Health Soc Behav*, 2 de junio de 2023, doi: <10.1177/00221465231175936>.

[423] <https://ethics.org.au/what-we-owe-our-friends/>.

[424] J. N. Jureidini, «Let children cry», *Med J Aust*, 17 de noviembre de 2014, 201 (10): 612-613.

[425] John Foot, *The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care*, Verso, 2015.

[426] <https://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc/article/view/589>.

[427] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025844>.

[428] <https://www.bbc.co.uk/news/av/stories-49008178>.

[429] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025844>.

[430] L. Sheridan Rains *et al*., «Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study», *Lancet Psychiatry*, mayo de 2019, 6 (5): 403-417.

[431] C. Barbui, D. Papola y B. Saraceno, «Forty years without mental hospitals in Italy», *Int J Ment Health Syst*, 31 de julio de 2018, 12:43.

[432] J. Seikkula *et al*., «Five-Year Experience of First-Episode Nonaffective Psychosis in Open-Dialogue Approach: Treatment Principles, Follow-Up Outcomes, and Two Case Studies», *Psychotherapy Res*, 2006, 16 (2): 214-228.

[433] T. Bergstøm *et al*., «How Do People Talk Decades Later about Their Crisis that We Call Psychosis? A Qualitative Study of the Personal Meaning-Making Process», *Psychosis*, 2019, 11 (2):105-115.

[434] L. Johnstone *et al*., *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an*

alternative to functional psychiatric diagnosis, British Psychological Society, 2018.

EPÍLOGO

[435] Mark Fisher, *Capitalist Realism*, Zero Books, 2009. [Hay trad. cast.: *Capitalismo realista*, trad. de Claudio Iglesias, Caja Negra, 2016].

[436] Este es el tema de un libro que edité junto con Carl Cohen, *Libratory Psychiatry: Philosophy, Politics and Mental Health*, Cambridge University Press, 2008.

[437] Michel Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, Pantheon, 1965. [Hay trad. cast.: *Historia de la locura en la época clásica*, trad. de Juan José Utrilla, Fondo de Cultura Económica, 2015].

Índice

Qué es ser normal. Salud mental, sufrimiento psicológico y neurodiversidad
Prólogo. Encuentros con la epidemia de problemas de salud mental
1. Los tiempos cambian
2. ¿Qué es la salud mental?
3. Los diagnósticos psiquiátricos son hechos culturales, no naturales
4. La expansión de los conceptos
5. La creación del TDAH
6. ¿Es el TDAH un constructo con base científica?
7. La creación del autismo
8. ¿Es el autismo un constructo con base científica?
9. Empezar a corta edad
10. La terapia de producción en cadena
11. El complejo industrial de la salud mental (CISM)
12. Neurodiversidad, género y nuevas tipologías humanas
13. Vivir en la cultura de la comparación y la competencia
14. Psiquiatría colonial
15. Recuperar las emociones
Epílogo. Hacia una nueva narrativa
Agradecimientos
Sobre este libro
Sobre Sam Timimi
Créditos
Notas al pie
Notas finales