



LA PROFESIONALIZACIÓN CIENTÍFICA DE LAS RELACIONES DE AYUDA: EXCESOS Y SUSPICACIASⁱ

María L. Christiansenⁱⁱ

Universidad de Guanajuato,
México

Resumen:

En el presente artículo, se propone un conjunto de reflexiones en torno a las condiciones bajo las cuales se ha vuelto posible, válido y deseable el abordaje *técnico-profesional* del sufrimiento humano a través de las denominadas “disciplinas *psi*”. Seguidamente, se plantean ciertos interrogantes sobre las pretensiones de terapeutización y comercialización de las relaciones de ayuda interpersonal, absorbidas hoy por variadas comunidades de expertos. El análisis que aquí se expone espera contribuir a investigaciones que se han realizado en el campo de la sociología crítica. El objetivo fundamental es el de cuestionar la simplificación epistémica que subyace a gran parte de la ideología científicista sobre la salud mental y la felicidad, y su impacto sobre las expectativas de la población usuaria de dicho conocimiento.

Palabras claves: psiquiatría; psicología; psicoterapia; ciencia; salud mental; felicidad

Abstract:

In this article, a set of reflections on the conditions under which the technical-professional approach to human suffering through the so-called “*psi* disciplines” has become possible, valid and desirable is proposed. Next, certain questions are raised about the claims for therapeutization and commercialization of interpersonal help relationships, absorbed today by various communities of experts. The analysis presented here hopes to contribute to research that has been carried out in the field of critical sociology. The fundamental objective is to question the epistemic simplification that underlies much of the scientific ideology on mental health and happiness, and its impact on the expectations of the population that uses this knowledge.

Keywords: psychiatry; psychology; psychotherapy; science; mental health; happiness

ⁱ THE SCIENTIFIC PROFESSIONALIZATION OF HELPING RELATIONSHIPS: EXCESSES AND SUSPICIONS

ⁱⁱ Correspondence: email mlchris_mex@hotmail.com, mariachr@ugto.mx

1. Introduction

“Rigurosamente hablando, la cuestión no es cómo curarse, sino cómo vivir.”

J. Conrad

La idea de que la ciencia es capaz de resolver el sufrimiento humano es, desde hace mucho tiempo, el motor de innumerables manuales profesionales y libros de autoayuda. También lo es la pretensión de que la ciencia tiene un alto potencial de generación de bienestar, tal como lo atestigua la reciente psicología positiva y las denominadas “neurociencias de la felicidad”. Estamos expuestos a múltiples prácticas sociales que nos mueven hacia la administración *técnica* de los estados de ánimo, ya sea para evitar el dolor o para encontrar el gozo. Una amplia gama de experiencias humanas que antes se abordaban *fuera* del terreno científico, son actualmente tratadas como si admitieran, sin más, una resolución basada en conocimiento objetivo y demostrado. En el marco de esa “aristociencia”ⁱⁱⁱ, se inscriben las denominadas “profesiones de ayuda” del “mundo psi”: psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y psiconeurólogos; alrededor de ellos, orbitan otras profesiones, como el coaching ontológico, las constelaciones familiares, el mindfulness, la biodecodificación, y un sinfín de terapias que pugnan por ganar un lugar de reconocimiento epistémico, social y económico. La “intimidad” está siendo colonizada por saberes que apelan a un discurso científicista para autolegitimarse, invocando ahora un bien tan vetusto como el de la felicidad (ya afirmaba Aristóteles que la felicidad era un bien que todo ser humano desea). Más aún: la felicidad se nos ha impuesto como una obligación, que a decir de algunos autores nos está llevando a vivir bajo una *happycracia* (Illouz y Cabanas, 2019)^{iv}.

Sin embargo, no está para nada claro qué tipo de bien sea ése, ni cómo se pudiera diferenciar de otros estados emocionales también importantes, como la alegría, la euforia, la satisfacción o simplemente la serenidad. No obstante, esa vaguedad es conveniente a los fines de que tantos saberes disímiles puedan caber dentro de su campo. Si la felicidad puede ser entendida de tantas maneras distintas, entonces el mercado de opciones puede seguir ensanchando sus fronteras y ganando adhesión de potenciales usuarios. La oferta se presenta como abierta, accesible y democrática; pero eso es más una ilusión que una realidad, ya que, como afirma Eva Illouz, a menudo la ciencia de la felicidad no solo no da lo que promete, sino que además genera resultados contraproducentes e incluso indeseables:

“Al establecer la felicidad como un objetivo imperativo y universal pero cambiante, difuso y sin un fin claro, la felicidad se convierte en una meta insaciable e incierta que genera

ⁱⁱⁱ Concepto de Passmore y Cooperrider (1990), desarrollado en Thuillier, 1990. Se refiere a la investigación abstracta, ascética y desinteresada,

^{iv} Acerca de las emergidas “ciencias de la felicidad”, se sugiere revisar Binkley (2014); Illouz (2018); Cabanas e Illouz (2017); (2019); Cabanas y Huertas (2014); Ehrenreich (2009); Freitas (2017); García, Cabanas, y Loredó (2015).

una nueva variedad de «buscadores de la felicidad» y de «hipocondríacos emocionales» constantemente preocupados por cómo ser más felices, continuamente pendientes de sí mismos, ansiosos por corregir sus deficiencias psicológicas, por gestionar sus sentimientos y por encontrar la mejor forma de florecer o crecer personalmente.” (2019, p. 20)

Illouz concluirá que la felicidad se ha convertido en una mercancía perfecta para un mercado que se nutre de normalizar esta obsesión con uno mismo y con el propio bienestar psicológico.

Otros autores ya habían advertido de la desubjetivación científicista del dolor humano que se venía gestando en la imparable medicalización de la vida cotidiana^v; dicha aceleración no ha parado hasta el día de hoy. En tal tendencia, se observa una espesa red de actores profesionales, mancomunados con proveedores sanitarios, empresas médico-farmacéuticas y medios de comunicación; de esa alianza emana un exacerbado entusiasmo por la idea de una fantasiosa medicina *omnímoda*, capaz de generar un estilo de vida libre de pesares (De la Mata Ruíz y Ortíz Lobo, 2007). El agravante actual es que no sólo se enfatiza la necesidad de suprimir el sufrimiento lo más rápidamente posible, sino de incrementar los niveles de felicidad mediante alguna estrategia de intervención psicoterapéutica efectiva, breve y económica.

La contracara obscena de tales excesos remite a la clientela que espera expectante algún “nuevo descubrimiento” que promueva el hedonismo cultural reinante. Si bien *los problemas psicológicos no son enfermedades* (Méndez y Cabanillas, 2014), se ha instaurado un lenguaje que medicaliza en términos de “trastornos” muchas de las respuestas emocionales a situaciones comunes. Una gran cantidad de conductas que, en otros tiempos, pudieran haberse considerado como inherentes al hecho de estar vivo y enfrentar dificultades, son actualmente sentidas como indicadores urgentes de la necesidad de ponerse en manos de un clínico. Con su inequívoca retórica objetivista, el *marketing* psicofarmacológico busca persuadirnos de que las denominadas “enfermedades mentales” pueden estar ahí, acechando alrededor nuestro, amenazando con corroer una armonía “espontánea” y “preestablecida”. Siendo así, la propaganda insta a hipersensibilizarnos con respecto a cómo “es” la enfermedad y se propone ayudarnos a su inmediata “detección” (para ello hace aflorar la certeza de que no se debe posponer la consulta con el especialista, ni cuestionar su “tratamiento”).

Al interior de esta ecología de ideas, valores y acciones, se da por sentada la “realidad” de cientos de “enfermedades mentales” (y toda una semántica afiliada: síndrome, disfunción, desorden, etcétera). La inaudita velocidad a la cual se propagan los “contagios clasificatorios” fomenta significativamente una *ontologización* psiquiátrica y/o psicopatológica, lo cual servirá para disuadir de cualquier intención de duda con respecto a la veracidad sobre la genuina existencia de la condición. Así, se ha venido consolidando una progresiva y sofisticada *terapeutización* científicista de las relaciones sociales y una concomitante *comercialización* de los vínculos de ayuda. En el entramado que sostiene dicha telaraña podemos hallar una plétora de ideas consagradas y

^v Consultar Márquez y Meneu, 2003; Aschoff (2015); Ortíz Lobo (2016).

prácticas ritualizadas que, desde trincheras diferentes, retroalimentan la legitimidad del otrora terapeuta del alma como “profesional de la *salud mental*”. En lo que sigue, se examinarán algunas de las más sobresalientes corrientes que han coadyuvado a la vigencia de la profesionalización del sufrimiento humano, desde aquellas cuyas ínfulas epistémicas han sido más pujantes (como la psiquiatría psicofarmacológica y el psicoanálisis freudiano), a las menos pretensiosas, pero no menos rentables (como la psicología positiva, la industria de la autoayuda y el crecimiento personal).

La pregunta de fondo es: “¿qué fenómenos *paradójicos* se vuelven visibles cuando dejamos de observar el sufrimiento humano desde la *rígida* óptica *científica*, y lo observamos desde la *elástica* perspectiva *filosófica*?”

2. Ontologización Psiquiátrica E Ideología Medicamentosa

Si bien son varios los factores que se han combinado para el advenimiento del escenario recién descrito, cabe subrayar la importancia que, en dicho proceso, ha jugado el uso y abuso de un lenguaje mental *cosificante*. Muchos de sus términos (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, desorden de estrés postraumático, etcétera) se aplican como si reflejaran, refirieran, representaran o indicaran condiciones mentales interiores. Tal postura (que en la filosofía describiríamos como “realismo mental”) *esencializa* el abordaje de la conducta humana y socava los intentos de cuestionar los discursos profesionales en sus pretensiones y sus alcances (AUTOR, 2013, 2014a, 2014b). Bajo el ímpetu de dicho *esencialismo* y de una ciencia valorada como epistémicamente pura y progresiva, ha fermentado la parafernalia clasificadora de una industria etiquetante promovida por disciplinas diversificadas. Las antes mencionadas (psiquiatría, psicoterapias, psicometría) fungen como fuentes descriptivas que, al menos potencialmente, permanecen disponibles para colarse en nuestras narrativas identitarias (es decir, en eso que nos decimos a nosotros mismos sobre nosotros mismos o sobre los otros). Como alega Kenneth Gergen: “*Las clasificaciones psiquiátricas, entendidas desde el realismo, funcionan de manera análoga a la disponibilidad de armas: su sola presencia crea la posibilidad de que haya blancos a los cuales disparar*” (1996, p. 133). Ante la inercia que suele caracterizar la apropiación y repetición irreflexiva del modelo propio (sea cual sea), muchas veces se termina aceptando como “descubrimiento” una condición que no es ni más ni menos que el resultado de una *construcción* conceptual basada en el consenso de los comités de expertos institucionalmente habilitados para decidir acerca de cómo explicar los fenómenos de la acción y la conducta humana.

Recordando al incisivo Nietzsche cuando hablaba de la “verdad” como una ilusión de la que hemos olvidado que lo es, cabría extender el manto de sospecha sobre las premisas no-revisadas que sostienen a estos saberes y sopesar las consecuencias sociales que dejan flotando en la atmósfera de cada sujeto al que le toca respirarlas. Como ya lo hiciera claro Ian Hacking (1990, 1995, 1997), las “descripciones” que se aplican a los seres humanos los hacen reaccionar, los transforman (dada la capacidad humana de generar sentido sobre la experiencia de ser descrito de una forma específica, especialmente cuando ese lenguaje mental que describe a los etiquetados lo hace, como

diría Gergen, en clave *deficitaria*). Tal es el caso de la noción de “normalidad”, que suena como un descriptor cristalino e inocente cuando, en su médula, enmascara un enjambre de *opacidades* bien disimuladas. En su raíz se halla el término latín “*norm*”, que hace estallar la poderosísima distinción *hecho-valor* (ya que, al clasificar una cierta conducta humana como “normal”, se condensan en *una* sola palabra *dos* sentidos muy distintos: lo normal como típico, promedio, usual (normalidad *fáctica*, medible) y lo normal como “correcto”, “esperable”, “deseable” (normalidad como *valoración*). En consecuencia, decir que una clase de conducta es “normal” incita a una consideración tramposamente confusa que bien podría mostrar una inofensiva apariencia descriptiva cuando en verdad conlleva simultáneamente una sofocante connotación evaluativa. Lo mismo con respecto a la clasificación de algún tipo de conducta como “anormal”, que no sólo sería indicativa de “atípico” sino también de “indeseable” (en el caso de que sus resultados contrariasen ideales culturales).

Siendo de este modo, cabe admitir que, si la distinción entre la normalidad y la anormalidad supone una carga valorativa nada despreciable (la cual responde a lo que una comunidad epistémica estima como deseable/indeseable y relevante/irrelevante), entonces dicha demarcación se vuelve *borrosa*. La idea de una separación *universalizable* entre lo normal y lo anormal parecería desdibujarse en el variopinto mundo *pluricultural*, donde los abismos cosmovisionales hacen reventar los horizontes de significados y de valores que se presentan como “transculturales”.

Y así como la diferenciación entre “lo normal” y “lo anormal” no puede ser impuesta como si se tratara de una cuestión “natural”, tampoco puede serlo la separación entre “salud” y “enfermedad”. Ninguna enfermedad lo es de manera “dada”: la demarcación que cada cultura traza entre la salud y la enfermedad es *convencional*: la enfermedad no constituye una *clase natural*. Ser una clase natural consiste en tener una naturaleza propia que la excluya de otras clases (el oro, por ejemplo, es una clase *natural* porque, no obstante, sus variantes, tiene una naturaleza intrínseca de una estructura atómica particular –conteniendo 79 protones en el núcleo. Las piedras preciosas *no* constituyen una clase natural porque no hay ninguna naturaleza esencial que las piedras preciosas posean y no las semipreciosas o las no-preciosas). Del mismo modo, no es una cuestión *de hecho* que las enfermedades compartan una naturaleza común que las excluya de la normalidad (Sedgwick, 1982). Por el contrario, aquellas condiciones que una comunidad epistémica considera “enfermedades” reflejan algo de sus valores e intereses. Por ejemplo, las “plagas” que infectan las plantas serían clasificadas de manera diferente si tuviéramos interés en cultivar hongos o parásitos en vez de cultivar papas (Reznek, 1987).

Al no ser factible una división neutral, *avalorativa*, entre lo sano y lo patológico, no es posible hacer afirmaciones que pretendan ser *verdaderas* en el sentido de “representar” fidedignamente a la realidad objetiva. Donde quiera que se traza una diferencia entre salud y enfermedad, le subyace otra distinción más profunda, que evalúa a las conductas por sus consecuencias socialmente promovidas o frustradas. Si nadie emitiera juicios de valor sobre las condiciones corporales o mentales, entonces no habría “enfermedades”. Incluso, la consideración acerca de si algo cuenta o no como

“enfermedad” expresa expectativas culturales que podrían invertirse en ciertas circunstancias históricas específicas (Sedgwick, 1982). La esquizofrenia, por ejemplo, no es una “enfermedad mental” a causa de las disfunciones biológicas que produce el conjunto de síntomas que la identifican, sino porque genera conductas que son altamente indeseables desde nuestro particular estilo de vida (una comunidad espiritual podría sobreestimar a los individuos con alucinaciones, con lo que la esquizofrenia no se consideraría como una condición desventajosa. En tales circunstancias, un esquizofrénico se vería como una persona más cercana a lo exótico que a lo patológico). Lo que esta cuestión trae a un primer plano es que muchas clasificaciones de la condición humana que se presentan como sostenidas *objetivamente* (imparciales), en verdad tienen un peso *moral* encubierto. Como subraya Gergen, los términos del déficit mental posicionan a los individuos a lo largo de ejes culturalmente implícitos del bien y del mal, en el sentido de que la dolencia sitúa a quien la padece en un lugar de inferioridad (fracaso) en comparación con quien no la padece (que podría incluso autocongratularse por tal contraste).

Gergen (1996) retoma la idea de Irving Goffman (1961) cuando éste señala que la existencia de los términos del lenguaje deficitario contribuye a la proliferación de jerarquías sutiles pero peligrosas al estar acompañadas de prácticas de distanciamiento y degradación. Ya en operación, éstos dispositivos evaluadores inducen a que “individuos poco ideales” se vean alentados a recibir tratamiento, cuidado psicofarmacológico o a ingresar en instituciones asistenciales. A mayor número de criterios clasificatorios, mayor número de vías por las que uno se puede volver “inferior”, aun cuando las mismas acciones pudieran ser descritas de modos alternativos y con resultados no estigmatizantes. Del hecho innegable de que, un cierto “juego de lenguaje” (Wittgenstein, 1988), arrastra a ciertos cursos de acción (e inhibe otros), Gergen afirma: “*Dadle a la población los martillos del déficit mental y el mundo social se llenará de clavos*” (1996, p. 141).

En adhesión a las hondas dificultades epistemológicas que advienen al momento de fundamentar la cientificidad de los discursos que germinan en el área de la “medicina de la mente”, De la Mata Ruíz y Ortiz Lobo aducen:

“La psiquiatría como actividad clínica y la psicopatología como la ciencia básica de la psiquiatría han intentado desde su constitución adecuarse a los procesos lógicos de inteligibilidad y objetivación del discurso médico moderno en las distintas etapas que lo conformaron sin conseguirlo; la semiología psiquiátrica (el lenguaje descriptivo con el que se aprehenden los síntomas y los signos de las enfermedades mentales) carece de la estabilidad y consistencia de sus análogos médicos y su correspondencia con la pretendida lesión del órgano, disfunción fisiopatológica o causalidad etiopatogénica continúa siendo un desiderátum.” (2007, p. 41)

En consonancia con esa sentencia, Fernández Liria advierte que “La psicopatología, más que ser la ciencia fundamental de la Psiquiatría y la Psicología Clínica, es la *ideología* (..) con la que los Psiquiatras y Psicólogos Clínicos justifican a

posteriori una práctica cuyos fundamentos y determinantes están en otro lugar” (2001, p. 1480. *Cursivas mías*). Contra el sesgo *teoreticista* con el cual recurrentemente se narran los triunfantes *logros* de estas ciencias (gestando la forzada idea de que sus prácticas están garantizadas por teorías casi irrefutables), el mencionado autor explica que no hay asilo porque hubo, previamente, una psicopatología descriptiva que lo haya fundamentado (la francesa del XIX), sino porque el *acto* de asistir a los locos en los asilos facilitó el florecimiento de una visión de la locura. Similarmente, el psicoanálisis no se funda de manera “pura” en la propuesta psicopatológica de Freud, sino que, por el contrario, esas propuestas derivan del esfuerzo freudiano por dar claridad a lo que Freud *hacía* en su intento por intervenir mediante la palabra sobre los síntomas de sus pacientes. El autor nos insta a comprender bajo el mismo tenor el actual empobrecimiento de la psicopatología vigente (exhibida en las *guías clínicas* y en los venerados *Manuales Diagnósticos y Estadísticos de las Enfermedades Mentales*). Si en nuestra época ha mermado la riqueza conceptual de los esquemas que dan cuenta de la condición humana (al reducir la complejísima organización psíquica a *conductas* y la psicoterapia a una técnica de mera anulación de síntomas), probablemente se deba a que esa “ciencia psicopatológica” resulta suficiente para orientar y justificar el trabajo de tales profesionales como mercaderes de remedios al servicio del gran negocio de la salud (Fernández Liria, 2001). Elizabeth Roudinesco (2000) vería en esa praxis psicofarmacológica una manifestación emblemática de la arrasante victoria del pragmatismo materialista en nuestra cultura posmoderna, anestesiada por lo que ella denomina “*el salvajismo suave y mortífero de una sociedad depresiva que tiende a reducir al hombre a una máquina sin pensamiento ni afecto*” (Roudinesco, 2000, Contratapa). Ella alega que la *ideología medicamentosa* pudo florecer precisamente por la desaparición del “hombre trágico” (aquél capaz de integrar el sufrimiento y el malestar psíquico como parte del afrontamiento consciente de la realidad). Al perseguir frenéticamente la erradicación del dolor psíquico, la psicofarmacología, asegura Roudinesco, ha encerrado al sujeto en una nueva alienación pretendiendo curarlo de la esencia misma de la condición humana. Prescritos tanto por los médicos clínicos como por los especialistas de la psicopatología, los psicotrópicos tienen por resultado suprimir los síntomas más dolorosos del sufrimiento psíquico sin buscar su significación (Roudinesco, 2000).

Ahora, debe entenderse aquí que la lupa escéptica no se enfoca necesariamente sobre tal o cual *psico(pato)logía* particular, sino sobre ella misma como ciencia fundante de la psiquiatría y de la psicología clínica (Fernández Liria, 2001). Se trata de escudriñar, sin rodeos, su premisa nuclear acerca de la existencia de un *pathos* psíquico (supuesto que, al sustancializar el síntoma, solapa los procesos *microsociales* al interior de los cuales se dirimen las cuestiones que conciernen a la conservación, modificación o abandono de los esquemas psicopatológicos en boga, y que revisten una apariencia elocuentemente *científica*). Sin embargo, y en contra de tal representación epistémicamente idealizada, hemos afirmado que las descripciones de las conductas humanas en términos de “normales” o “patológicas” conllevan sesgos valorativos que tornan las supuestas descripciones en prácticas normativas camufladas. Citando

nuevamente a Gergen, cabe decir que “*cada evaluación da voz a un enclave cultural dado*” (1996, p. 49). Fernández Liria capta acertadamente este punto cuando advierte que “no hay en la naturaleza síntomas o enfermedades esperando a ser descubiertas por psicopatólogos”, ya que los denominados “síntomas” y las “enfermedades” que supuestamente evidencian son *constructos* que movilizan tres aspectos principales, a saber: 1) Una cultura que define un sufrimiento como *morboso*; 2) Unos agentes (médicos, chamanes o sacerdotes) a los que esta sociedad reconoce como capacitados para actuar sobre ese sufrimiento; 3) Unos pacientes que acuden con tal profesional porque ellos mismos o sus allegados consideran que *padecen* ese tipo de sufrimiento. Aquí pudiera ser ampliada la visión de tal ecosistema al considerar, como lo hace Hacking (1998, 1999), la red de *instituciones* en las que se enquistan estos actores.

3. La Trama Social de la Psicopatología

Al hacer invisible este trasfondo micro y macrosocial, las psicopatologías, en sus diferentes versiones, tienden a ocultar que son los *contextos culturales* los que hacen posible que ciertos fenómenos sean vistos como “patológicos”. Bajo su ropaje científicista, las psicopatologías no permiten ver a la teoría como *aliada* de la práctica; por el contrario, la teoría es mostrada como fuente de los modos de intervención (plegándose a la tradicional creencia de que el descubrimiento científico *siempre* precede a las formas de acción). Sin embargo, una mirada atenta a ciertos episodios de las prácticas disciplinares revelarían que muchas veces ocurre a la inversa: nuevas formas de ayuda (y de abordaje profesional) inauguran nuevos instrumentos de observación que animan a observar nuevas entidades “morbosas” (u ontologías). Fernández Liria (2001, p. 1481) cita como ejemplo a la llamada “*depresión atípica*”, considerada así por no responder a antidepresivos (es decir, lo que le da surgimiento no es sino un resultado de *maniobras* epistémicas, y no una teoría). En dicha dinámica creadora de “realidades terapéuticas” participan activamente las “modas profesionalizantes”, las cuales impregnan no sólo los discursos técnicos sino también las conversaciones cotidianas de los legos (que, en gran medida, nutren sus descripciones con recursos narrativos tomados de los medios de comunicación). Actualmente los medios hablan de obesidad mórbida, adicción a Internet, *ciber-bullying*, TDA y bipolaridad, con la misma soltura con que se mencionan aspectos que atañen al color de pelo o de ojos de una persona. Con ironía trágica, Gergen se pregunta:

“¿Cuántos defectos te encuentro? A ver, déjame contarlos: personalidad impulsiva, fingirse enfermo, depresión, hipocondría, personalidad dependiente, frigidez, autoritarismo, personalidad antisocial, exhibicionismo, desorden afectivo estacional, travestismo, agorafobia reactiva, anorexia, manía, desorden de déficit de atención, psicopatía, orientación de control extrema, baja autoestima, narcisismo, bulimia, neurastenia...” (1996, p. 132)

Ante tal espectáculo clasificatorio, es posible subrayar que el advenimiento, afianzamiento y difusión de cada una de las categorías que describen las formas de acción humana desde un anclaje claramente medicalizante ejemplifican lo que Nietzsche ya anunciaba en *La Gaya Ciencia* cuando advertía que el *nombre* que le damos a las cosas importa infinitamente más de lo que ellas *son*: “*Es suficiente crear nombres nuevos, apreciaciones nuevas, probabilidades nuevas para crear, más temprano o más tarde, cosas nuevas*” (1981, p. 67).

A esta altura del análisis, y en virtud de expresiones como éstas, es digno de notarse que, aunque la psicopatología se encuentre premoldeada por formas específicas de organización *social* de las relaciones de ayuda, en el imaginario popular e incluso profesional sigue presente una deferencia hacia a ella que la hace ver como conocimiento immaculado. Es obvio que la oferta de “tratamiento” a un sujeto aquejado por el sufrimiento emocional convierte a su situación en una de orden médico o sanitario (ámbito en el que se “tratan” las “enfermedades”). La psicologización del malestar emplaza las cuestiones de orden *ético* (ligadas al bien y al mal) en un terreno sobre el cual sólo el experto en “salud mental” tiene injerencia. Lo extravagante del caso es que, al saberse transformado en un mero espectador pasivo y enfermo ante los avatares de su propia vida, el sujeto convertido en “paciente” llega muchas veces a ver drásticamente inhibidos sus recursos de afrontamiento de las adversidades (De la Mata Ruiz, 2007, p. 49). El sólo hecho de ser integrado a una red de instancias encargadas de sus problemas o déficits lo coloca en un rol desresponsabilizante, victimizante e infantilizante (aunque también ciertamente despresurizante, ya que toda enfermedad es, por definición, involuntaria, no elegida).

Por otra parte, se vuelve comprensible que la masificada predilección por fertilizar la ilusión de que existe una respuesta *científica* para cada altibajo de la vida diaria, haya ensanchado tanto el número de clientes potenciales y actuales dentro del mercado sanitario. Amartya Sen (2000) explica, acertadamente, que la *percepción* de enfermedad aumenta en los lugares que tienen mayor nivel de vida (pues, al haber menos problemas *urgentes* de los que preocuparse, se presta mayor atención a los problemas pequeños, decreciendo significativamente la resistencia al dolor y sus recursos resilientes). Efectivamente, la irrestricta oferta de profesionales de la “salud mental” no ocurre en un vacío cultural, sino como respuesta idónea a la exigencia de sujetos que ostentan una remarcable merma de la capacidad de resistencia frente a la frustración de sus expectativas.

Por ello no puede entenderse esta tendencia medicalizante como si fuera un fenómeno desconectado de la trama *multidimensional* que lo constituye. No es omisible, por ejemplo, el hecho de que las industrias tecno-farmacéuticas pueden satisfacer tales demandas sociales porque son capaces de inventar exitosamente las moléculas que lanzan al mercado (Molina Pérez, 2013). Pero esta situación hay que considerarla también del reverso, ya que el interés lucrativo de dichas industrias no se traduciría en incalculables ganancias si no hubiera una comunidad médica dispuesta a diagnosticar como “enfermedad” a ciertas condiciones y a prescribir como “tratamiento” el uso de ciertos psicotrópicos. Dicho de otra forma, la práctica ilimitada de la *medicalización*

(“Una pastilla para cada problema”) se sostiene sobre la base de ciertas *representaciones y clasificaciones*, lo cual abarca la ideación de nuevas definiciones, la ampliación del campo de “lo patológico”, la reorganización de la frontera cultural que separa lo aceptable y lo inaceptable, la conversión de los profesionales en proveedores de fármacos y, sobre todo, el exhorto al ejercicio del *auto-diagnóstico* como reacción esperada de tal dinámica autorreforzadora (Molina Pérez, 2013). Desde una óptica más radicalizada, Moynihan & Henry (2006) aseveran que la industria psicofarmacéutica está orientada al “*tráfico de enfermedades*”, no sólo por medicalizar aspectos de la vida cotidiana que no son patológicos (como la menopausia) sino también por difundir problemas leves en términos de enfermedades *serias* (como el colon irritable) y por identificar factores de riesgo con enfermedades (como el colesterol alto). Molina Pérez atina al considerar que la primera de esas estrategias (la medicalización de la vida cotidiana) es probablemente la más redituable, ya que “*permite salirse del ámbito restringido de la terapia, teóricamente limitado a los enfermos, para abordar el ámbito de la optimización, abierto al conjunto de la población*” (2013, p. 4).

El caso antes indicado, el de la *depresión*, descuella por constituir uno de los mejores ejemplos sobre el poder ontologizante del lenguaje mental. Bautizada por muchos como la “*epidemia del siglo*”^{vi}, ha sido considerada por Molina como “*la enfermedad imaginaria en tierra de nadie*” (2013). Adscribe su análisis al destacado alegato de Philippe Pignarre (2001) en su explicación de cómo el proceso mismo de categorización de ese trastorno ha sido en gran parte responsable de su incremento exponencial en los países desarrollados. Según Pignarre, aunque se hayan propuesto distintas explicaciones acerca de la existencia de la depresión (médica, social, psicológica, familiar, entre otras), no se ha tenido en cuenta la influencia misma de la metodología de investigación farmacológica, en la que los propios pacientes participan activamente en la creación de la “*enfermedad*”. Su argumento parte de señalar que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés: *DSM*) define la depresión por sus *síntomas*, no por sus *causas* (puesto que, dadas las hondas discrepancias sobre el plano causal, se requiere de una forma de diagnóstico que garantice que un paciente sea unánime e intersubjetivamente diagnosticado). Por lo tanto, el *DSM* se limita a cotejar si se cumplen o no los criterios sintomáticos elementales para que un individuo sea clasificado como “*depresivo*”. Ahora, la *laxitud* de dicha forma de clasificar una patología mental permite explicar el aumento explosivo de las estadísticas de depresión, aunque luego las impresionantes cifras susciten la creencia de que “*la gente se deprime cada vez más*” (lo cual, en el imaginario social, parecería no dejar dudas de que la depresión *debe* existir, debe ser tan real como la migraña).

Lo que viene a abonar el terreno para que abunde la visión de la depresión como enfermedad (y se introduzca en la *ontología* psiquiátrica) es que, ante la ausencia de un

^{vi} La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 121 millones de personas están diagnosticadas de depresión a nivel mundial, y se proyecta que para el año 2020 se ubicará en segundo lugar en el “*ranking*” de las enfermedades que más incapacidad producirán en el mundo (Caponi, 2009, WHO, 2007).

marcador biológico fiable, la supuesta enfermedad tiene que ser definida por otro medio, que en este caso son los propios medicamentos. Molina Pérez afirma que, al desarrollar una nueva molécula y someterla a ensayo clínico, los investigadores la prueban sobre grupos de pacientes, a sabiendas de que los efectos no serán uniformes. A partir de ello, se realizan variaciones de las características del grupo de pacientes, hasta que el grupo “responda” satisfactoriamente a la molécula candidata. Así, “a medida que cambian los criterios de inclusión de los pacientes, se va dibujando el conjunto de síntomas sobre los cuales la molécula es eficaz” (Molina Pérez, 2013, p. 6). Pero entonces, “el trastorno que padecen los pacientes de ese grupo viene a ser definido como aquello sobre lo que actúa el antidepresivo” (p. 6), lo cual habilita a sostener que “cuando se descubre una nueva familia de fármacos, aparece al mismo tiempo una nueva categoría de depresión” (p. 6). En otras palabras, el paciente no responde al antidepresivo porque tiene depresión, sino que tiene depresión porque responde al antidepresivo.

Peor aún: Molina explica que los participantes de las pruebas clínicas aumentan progresivamente entre las fases I, II y III de la experimentación hasta alcanzar una enorme masa de sujetos de prueba (ya que la evidencia que apoya la eficacia de un fármaco depende principalmente de las estadísticas). Lo más relevante es que los ensayos de fase III no tienen lugar en un laboratorio controlado (y alejado de la sociedad) sino en la *vida real*. Por ello el autor advierte con pavor que “mientras recogen información farmacológica, los ensayos clínicos *instalan* la enfermedad, definida por los criterios de inclusión, en la vida cotidiana de miles o decenas de miles de personas” (2013, p. 3). Luego, tras haberse estabilizado y aceptado dicho “tratamiento”, continuarán los estudios de farmacovigilancia (fase IV), involucrando a sus consumidores y alcanzando probablemente a quienes querrán tomar antidepresivos de por vida por temor a recaer en una dudosa depresión. Muchas de las intervenciones “preventivas” en el campo del tratamiento medicamentoso apuntan en la misma dirección, alimentando a su paso los procesos *iatrogénicos* que seguirán moviendo el engranaje *psico-fármaco-patologizante*. Ello ocurre incluso cuando la estrategia *explicativa* de la depresión está muy lejos de parecerse a la de otras enfermedades en el campo de la medicina (que procuran la localización anatomopatológica del déficit o lesión en el cuerpo). El caso de la “depresión” es significativamente distinto. Dado que, como ya se dijo, no hay un “marcador biológico” o “testigo confiable” (como una bacteria, un microorganismo, un parásito o un tejido celular), la red *causal* se reconstruye a partir de las alteraciones en el sistema nervioso central que solo son identificadas *a posteriori* (es decir, cuando los antidepresivos *ya* han gestado cambios en las conductas): la red causal explicativa (y la búsqueda de las causas) no se construye de manera *independiente* sino por la mediación del antidepresivo. A la luz de este precario trasfondo epistemológico, Molina Pérez, Pignarre, Caponi y otros escépticos afirman que no es el diagnóstico ni la etiología lo que explica la depresión, sino la *terapéutica*. Si bien muy reiteradamente se dice que la depresión es el resultado del déficit de serotonina, la explicación que fundamenta tal apreciación es *circular*: se asocia la depresión con el déficit de un neurotransmisor (serotonina), bajo el argumento de que los inhibidores selectivos de recaptación de Serotonina (ISRS) actúan sobre ese neurotransmisor. Una reacción

favorable a un ISRS habilita a considerar que un sentimiento de tristeza es *patológico* y que dicho ISRS es la terapéutica apropiada. Y es aquí que, como subraya Caponi, el psicofármaco intercede para articular *dos niveles discursivos diferentes*, el *descriptivo* (síntomas, conductas) y el *etiológico* (causas). Así, “El antidepresivo tiene un efecto doble: permite definir la etiología (ISRS-déficit de serotonina) y permite optimizar y crear nuevos criterios diagnósticos” (2009, p. 336).

Se pudiera plantear, de modo transversal, la pregunta sobre qué otras categorías psicopatológicas se han edificado a través de procesos similares ligados a la propia investigación. Aludiendo a lo insinuado por el caso de la depresión, Molina se pregunta: “Cuando se clasifica a una persona como depresiva, ¿qué es lo que se está diciendo?: ¿que esa persona tiene un trastorno mental, o que esa persona se sentirá mejor tomando antidepresivos?” (2013, p. 7). Por supuesto que, entre ambas preguntas, hay un universo de distancia epistémica.

4. Nuevos Canales de “Terapeutización y Comercialización” de las Relaciones Humanas: Autoayuda y Crecimiento Personal

La preeminencia discursiva y práctica de la “ideología medicamentosa” y sus bases psicopatológicas ha incentivado una abrumadora administración silenciosa y solitaria del sufrimiento (Caponi 2009, Roudinesco 2000). Ello transcurre dentro de nichos en los que anida una *con-fusión* de la vida cotidiana y la experiencia terapéutica *tecnificada*: donde anteriormente las situaciones problemáticas se dirimían al interior del ámbito de parentesco, de la comunidad o de la religión, actualmente se abordan (o se desearían abordar) en un aséptico espacio *profesional* gobernado por *expertos* en el dolor psíquico. La *naturalización* de dichas expectativas está alimentada por ideas poderosas que abonan, en muchos casos, a una auténtica *comercialización* de las relaciones de ayuda. El enarbolado ideal de la “salud mental” como asunto de interés público, ha facilitado la persuasión masiva de que cualquier sujeto “necesita” a un profesional de las *disciplinas psi*, ya sea porque padece una enfermedad mental, o porque atraviesa una crisis emocional o porque requiere “autoconocerse” y acceder a un “crecimiento personal”. Por esta carrera desesperada tras el “mejoramiento individual” se llega a anhelar la integración del terapeuta como parte del sistema vincular permanente (proceso concomitante con el individualismo posmoderno y con el simultáneo deterioro de las redes de contención familiar y de tejido comunitario). Al fecundarse la creencia de que, ante situaciones emocionalmente agobiantes, las mejores soluciones son las de la *ciencia*, se alimenta la convicción de que la vida y las “profesiones de ayuda” son agua del mismo molino. Como sostienen Boscolo y Bertrando: “Algunos grupos de la sociedad contemporánea ven hoy la psicoterapia como una especie de “acompañamiento” necesario en la vida, como un análisis interminable, que compromete durante varios años a un cliente con uno o varios terapeutas” (1996, p. 205).

Pudiera ser oportuno señalar, en este punto, que el exasperado entusiasmo por el “crecimiento personal” se ha viralizado en alianza con la industria de la *autoayuda* (la cual ofrece una forma abaratada de membresía en el mundo *psi*). El uso de este tipo de

literatura, que aboga por diferentes formas de autoterapia o autosanación, divulga frecuentemente conceptos forjados por los profesionales de la salud mental, de las filosofías orientales y del movimiento de la *New Age*. Pero al mismo tiempo también lubrica la fervorosa “*terapeutización de las relaciones humanas*”. Tal como lo ha señalado Papalini (2008), el género de autoayuda ha vigorizado la construcción de un sujeto aislado y omnipotente (al mismo tiempo que ha demonizado el conflicto y ha exaltado el éxito asociado al dinero como valor máximo). Alentada inicialmente por el ideal del *selfmade man* (que salía a conquistar su destino en contra de las peores inclemencias y venciendo por sí mismo los más desafiantes obstáculos), la autoayuda se ha configurado como una ideología funcional al imperativo empresarial de productividad y competitividad. En el contexto de desmembramiento social prevaleciente, el objetivo de sanear los conflictos personales de manera ligera y abreviada es casi una obligación para poder responder a las múltiples responsabilidades que el sujeto reúne. Papalini, quien no se asombra de que el negocio de la autoayuda haya crecido a la par que el “boom diagnóstico” de la depresión y que el consumo de psicofármacos, explica que la metáfora que nos ayudaría a entender al autorreplegado individuo posmoderno en su “regreso al interior” no es sólo la de Narciso (que se embelesa contemplando su propio rostro en el espejo), sino la de Atlas, que sostiene el mundo sobre sus espaldas dolientes. En tal sentido, “*Los libros de autoayuda cumplen aquí su papel: colaboran en el sostenimiento de las situaciones vitales existentes, como bastón o prótesis, [pero] enmascarando la crudeza de las circunstancias vividas*” (Papalini, 2009, p. 39). En muchos casos pregonan, como pasión de masas, el ideal de un “mejor vivir”, de un deseo de bienestar y calidad de salud que, contradictoriamente, reforzará el espíritu hiperconsumista de sujetos que depositan en el credo *profesional* su ansiosa búsqueda de felicidad.^{vii}

En carta personal a Luigi Boscolo, el antropólogo inglés John Turner se manifiesta perplejo ante la aplastante *comercialización* de las relaciones de ayuda interpersonal:

“Por primera vez, en la historia de la humanidad, las personas pagan por tener amistad o familiaridad. Antes, cualquier tipo de ayuda para los problemas psíquicos, espirituales y de relación se daba fuera del ámbito comercial; actualmente se ha hecho de la familiaridad una transacción comercial.” (Turner, en Boscolo & Bertrando, 1996, p. 206).

Turner considera que el afán de mejorar o hacer crecer su “mundo interno” ha propiciado, en amplios sectores sociales, la construcción de la figura del terapeuta como un nuevo miembro *permanente* del sistema de parentesco: “*Subyace la idea de tener un terapeuta como parte de una dieta psíquica, exactamente igual que las vitaminas y el ejercicio forman parte de una dieta física.*” (1996, p. 207). En tanto una “*familiaridad pagada*”, la terapia, afirma Turner, “*es una parte normal de la vida burguesa*” (1996, p. 207). En la medida en que el mercado de los vínculos se constituye como una necesidad básica, las personas transitan por los consultorios como parte del esfuerzo por su *automejoramiento personal*. Pero, por supuesto, los procesos de *reatrapamiento* no se hacen esperar: esas

^{vii} Ver Lipovetsky (2007).

mismas personas que *ya* tienen a un terapeuta integrado a sus cotidianidades, van sembrando altas expectativas y exigencias que podrían alejarlas de las “desvirtuadas” relaciones *reales*, creando vacíos transaccionales que buscarán ser subsanados, nuevamente, por el terapeuta.

En tal sentido, Turner considera que en la cultura norteamericana el peso de tal “terapeutización” de las relaciones de ayuda ha sido entrañablemente influido por corrientes humanistas de los años ‘60 (con la premisa de que el cambio dura *toda* la vida) y del psicoanálisis freudiano (bajo la creencia de que las raíces del conflicto profundo se hallan en traumas de la infancia y por lo tanto el cambio requiere de *mucho* tiempo de análisis). Según Turner, esas teorizaciones que hacen perenne la imagen del terapeuta como aquel profesional que establece una relación con el cliente y la mantiene durante largo tiempo (funcionando como un modelo para las demás relaciones) no definen a la terapia como un proceso de *cambio* sino de *crecimiento continuo* (interminable). Y aquí se abre una atractiva divergencia con otras perspectivas que entienden que la terapia y la vida constituyen ámbitos *separados* (y que sólo ocasionalmente pueden llegar a intersectarse). Imbuidos por algunas de las críticas de Gregory Bateson (2004) a la epistemología occidental, Boscolo y Bertrando (1996) entienden la terapia como una práctica *ritualizada* en el sentido de que el tiempo de la terapia es un tiempo *distinto*, una puesta entre paréntesis del tiempo cotidiano. Desde tal ángulo de análisis, la terapia se parecería -como práctica cultural- a un “ritual de paso”, cuya función es la de reconocer la transición de una condición a otra (así, el proceso terapéutico estaría más encaminado al cambio que a un supuesto “crecimiento”). Por esa razón dichos autores se oponen a esa flagrante “desritualización” del contexto terapéutico que se suscita cuando se funden esas dos categorías existenciales *diferentes*, que son la vida y la terapia. A propósito del acostumbramiento de nuestra época a la comercialización de amigos y parientes sustitutos (encarnados en la figura del “profesional de la salud mental”), Turner afirma: “Nos estamos haciendo una sociedad de átomos sociales, con menos relaciones que en ningún otro período de la historia. Por eso tiene sentido disponer de una relación comercial, que es la terapia” (1996, p. 207).

En el marco de las corrientes que han dominado en el ámbito de la oferta y la demanda de ayuda psicoterapéutica, Turner llega a notar que la cultura occidental ha sido mucho menos proclive a concebir la terapia al estilo batesoniano (como cambio en un proceso discontinuo), y más dispuesta a la idea de que “la terapia es la vida”. Probablemente por eso ha prosperado, en la sociedad americana y su amplia zona de incidencia, semejante hiperinflación de modelos psicoterapéuticos. Refiriéndose a muchos de ellos, Thomas Szasz llegó a ver en dichas promesas “un signo importante de la corrupción del lenguaje curativo”, un uso casi promiscuo del término “psicoterapia”. Szasz (1979, 2004) comprende que ese conjunto de actividades que hoy se presentan como “psicoterapias” constituyen una versión moderna y laica de la antiquísima “cura de almas”, y que sólo a través de una rebuscada implementación de dispositivos narrativos (particularmente de la literalización de metáforas médicas) han llegado a adjudicarse el status de “ciencias de ayuda”. El “terapeutismo” tiene una larga historia durante la cual

se ha ido arropando de apariencias distintas, si bien *no* siempre ha evidenciado la arrogante vanidad científica y profesional que actualmente ostenta en el imaginario cultural.

5. Conclusiones

A la luz de los señalamientos esgrimidos a propósito de la profesionalización, tecnificación y psicopatologización del sufrimiento humano, cabe subrayar la imperiosa necesidad de hacer un análisis metacientífico de los saberes psi. La filosofía ofrece, en tal sentido, la plataforma dispositiva adecuada para llevar a cabo dichos esfuerzos. Que las personas nos influimos recíprocamente es un hecho tan innegable como lo es que sufrimos, nos frustramos, nos desanimamos, nos culpamos, nos contradecemos, nos manipulamos, y, para bien o para mal, “danzamos” al compás del otro. También es cierto que, cuando nos sentimos conflictuados o aquejados, generalmente buscamos ayuda entablando relación con aquellos Otros que consideramos que nos pueden sostener. La psicoterapia es un encuentro de ese tipo, y, en consecuencia, como cualquier ejercicio humano de cruce de influencias, se ponen en juego valores morales e intereses epistémicos cuya naturaleza ética no puede observarse adecuadamente si se categoriza al saber *psi* como “ciencia dura” (lo cual equivaldría a “ciencia pura”).

Que nuestra época se encuentra sellada por un ideario cientificista aliado con prácticas de hiperprofesionalización y mercantilización del saber no es en absoluto novedoso. Como ya lo establecía Jürgen Habermas, “*Con la investigación industrial a gran escala, la ciencia, la técnica y la revaloración del capital confluyen en un único sistema (...) El resultado es una perspectiva en la que la evolución del sistema social parece estar determinada por la lógica del progreso científico y técnico. Y, cuando esta apariencia se ha impuesto con eficacia, sirve como legitimación [de decisiones y de conductas]*” (1984, p. 87-88. Cit. en Díaz, 1998, p. 40). Esta necesidad cultural de validarse a través del *éxito científico* no ha evolucionado junto con una conciencia social lo suficientemente crítica como para cuestionar el exceso de confianza que se tiene sobre el *saber psi*. Ciertamente, problematizar su hegemonía no es lo mismo que descalificar su validez. Es seguro que muchas personas han podido nutrirse de estos conocimientos diversos sin que ello represente una sumisión ciega a promesas fraudulentas. El punto de riesgo no es el uso sino el abuso; el punto de riesgo no es la proliferación de saberes sino la colonización epistémica que transforma al sufrimiento y a la felicidad en frías cuestiones de soluciones estandarizadas; el punto de riesgo no es que estos saberes existan, sino que terminen convirtiéndose en generadores de la misma infelicidad que pretendían curar.

Bibliografía

- Aschoff, N. (2015). *The New Prophets of Capitalism*, Londres, Verso.
Bateson, G. (2004). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Binkley, S. (2014). *Happiness as Enterprise: An Essay on Neoliberal Life*, Nueva York, Sunny Press
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia Sistémica*. España: Paidós. Terapia familiar.
- Bordieu, Pierre (1988). *Cosas dichas*. Buenos Aires: Gedisa.
- Boym, S. (2016). *El futuro de la nostalgia*, Madrid, Machado Libro.
- Cabanas, E. (2018). "Psytizens", or the Construction of Happy Individuals in Neoliberal Societies, en Illouz, E. (comp.), *Emotions as Commodities: Capitalism, Consumption and Authenticity*, Londres y Nueva York, Routledge.
- Cabanas, E. & Illouz, E. (2017). The Making of a "Happy Worker": Positive Psychology in Neoliberal Organizations, en A. Pugh (comp.), *Beyond the Cubicle: Insecurity Culture and the Flexible Self*, Nueva York, Oxford University Press.
- Cabanas, E. & Illouz, E. (2019). *Happycracia. Cómo la ciencia y la industria controlan nuestras vidas*. Barcelona: Paidós.
- Cabanas, E. y Huertas, J. (2014). Psicología positiva y psicología popular de la autoayuda: un romance histórico, psicológico y cultural, *Anales de Psicología*, vol. 30, n.º 3.
- Caponi, S. (2009). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión, en *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 13(29), pp. 327-38.
- Christiansen, M. (2013). "Violence and maltreatment in relational ecologies: toward an epistemology of corresponsability", en *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 7(1), pp. 150-163. doi:10.5964/ijpr.v7i1.115. <http://interpersona.psychopen.eu/article/view/115/141>
- _____ (2014^a). Sobre la violencia y ciertos vicios epistemológicos. El "crimen pasional" como ejercicio crítico-reflexivo, en *Revista Vanguardia Psicológica*. Clínica Teórica y Práctica. Bogotá: Colombia, 4(2), pp. 130-146.
- _____ (2014^b). La violencia de la "anti-violencia". Una excursión epistemológica por la legislación mexicana sobre el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, en *Revista de Psicología desde el Caribe*, Colombia, 31(3), pp. 495-530 DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.31.3.5552>.
- DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- De la Mata Ruíz, I. y Ortiz Lobo, A. (2007). La colonización psiquiátrica de la vida, en *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la cultura*, 76, pp. 39-50.
- Díaz, E. (Ed.) (1998). *La ciencia y el imaginario social*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Ehrenreich, B. (2009). *Sonríe o muere: la trampa del pensamiento positivo*, Madrid, Turner.
- Fernández Liria, A. (2001). De la psicopatología crítica a la crítica de la psicopatología, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 80, pp. 57-60.
- Freitas, D. (2017). *The Happiness Effect: How Social Media Is Driving a Generation to Appear Perfect at Any Cost*, Nueva York, Oxford University Press.
- García, R., Cabanas, E. y Loredó, J. (2015). La cura mental de Phineas P. Qimby y el origen de la psicoterapia moderna, *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 36, n.º 1.

- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*, México: Paidós.
- Goffman, I. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, N.J., Doubleday.
- Hacking I. (1999). *Social Construction of What?* Harvard University Press.
- _____. 1998. *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illness*, University Press of Virginia.
- _____. (1997). Taking Bad Arguments Seriously, en *London Review of Books*.
- _____. 1995. *Rewriting the Soul*, Princeton: Princeton University Press.
- _____. 1990. *The Taming of Chance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Habermas, J. (1984). *Ciencia y Técnica como ideología*. Madrid: Tecnos
- Illouz, E. (2018). *Emotions as Commodities. Capitalism, Consumption and Authenticity*, London and New York, Routledge.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Anagrama.
- López Méndez, E. y Costa Cabanillas, M. (2015). Revisión del libro *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*, de A. Frances. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 36(1), pp. 74-76
- Márquez S. y Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas, en *Gestión Clínica y sanitaria*, V(2). Pp. 47-53.
- Molina Pérez, A. (2013). ¿Normal o patológico? El enfermo imaginario en tierra de nadie, en *Arbor*, 189(763): a068. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.763n5005>.
- Moynihan, R. & Henry, D. (2002). Selling sickness: The Pharmaceutical industry and disease mongering, en *BMJ*, 324, pp. 886-891
- Nietzsche, F. (1981). *La Gaya ciencia*. México: Ed. Mexicanos Unidos.
- _____. (1996). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. Madrid: Tecnos.
- Ortiz Lobo, A. (2016). *Hacia una Psiquiatría Crítica. Excesos y alternativas en salud mental*. Madrid: Grupo 5 Editorial
- Papalini, V. (2008). "La literatura de autoayuda, una subjetividad del Sí-Mismo enajenado", en *La trama de la Comunicación*, 11, pp. 331-342.
- _____. (2010). "Libros de autoayuda: biblioterapia para la felicidad". *Athenea digital*. 19, pp. 147-169.
- _____. (2009). "Hay libros, pero sobre todo lecturas", en *Newsweek*, p. 39
- Passmore, W. & Cooperrider, D. (1990). "Global social Change. A New Agenda for social Science". *Human Relations*. 44(10). Pp. 1037-1055.
- Pignarre, P. (2006). *Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social*. Paris: La Découverte.
- _____. (2001). *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris: Hachette.
- _____. (1995). *Les deux médecines: médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*. Paris: La Découverte.
- Reznek, L. (1987). *The Nature of Disease*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Sedgwick, P. (1982). *Psycho Politics*, Londres: Pluto Press, 1982.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires: Editorial Planeta S.A.

Szazs, T. (2004). *El mito de las Psicoterapias*. México: Ediciones Coyoacán.

_____ (1979). *Schizophrenia*, Oxford: Oxford University Press.

Thuillier, P. (1990). *El saber ventrílocuo. Cómo habla la cultura a través de la ciencia*, México: FCE.

WHO (2007). World Health Organization. *Mental health: depression*. Génova.

Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones Filosóficas*. México: IIF-UNAM.

Creative Commons licensing terms

Author(s) will retain the copyright of their published articles agreeing that a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) terms will be applied to their work. Under the terms of this license, no permission is required from the author(s) or publisher for members of the community to copy, distribute, transmit or adapt the article content, providing a proper, prominent and unambiguous attribution to the authors in a manner that makes clear that the materials are being reused under permission of a Creative Commons License. Views, opinions and conclusions expressed in this research article are views, opinions and conclusions of the author(s). Open Access Publishing Group and European Journal of Social Sciences Studies shall not be responsible or answerable for any loss, damage or liability caused in relation to/arising out of conflicts of interest, copyright violations and inappropriate or inaccurate use of any kind content related or integrated into the research work. All the published works are meeting the Open Access Publishing requirements and can be freely accessed, shared, modified, distributed and used in educational, commercial and non-commercial purposes under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).