



Open Access Conference Research Paper

Enfermedad, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas/Illness, mental illness and psychoactive substance use

Telmo Eduardo Peña^{1,2*}

Citation: Peña, T.E. (2023). Illness, mental illness and psychoactive substance use. *Journal of Concurrent Disorders*, 5 (3), 109-121.

Guest-Editors:
Orlando Scoppetta,
Augusto Pérez-Gómez,
Juliana Mejía-Trujillo.

Received: 08/30/2023
Accepted: 11/03/2023
Published: 12/18/2023



Copyright: ©2023 Peña, T.E. Licensee CDS Press, Toronto, Canada. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

¹Corporación Nuevos Rumbos, Colombia

²Universidad Javeriana, Colombia

*Corresponding author: Telmo Eduardo Peña, tepenac@gmail.com, penat@javeriana.edu

Abstract (English). This article discusses the concept of “mental disorder” in the context of the medical concepts of illness and disorder. Specifically, it shows some of the inadequacies of the concept of mental disorder that is used in the different versions of DSM (Diagnostic Statistical Manual) and ICD (International Classifications of Diseases). It is proposed that the human problems, used referred as mental disorders, are basically, life problems that involve moral and social considerations. These problems generate different types of suffering, but there are no logical reasons to consider these sufferings as pathological. Finally, the previous discussion is applied to the use and abuse of psychoactive substances (PAS) and it concludes that the use of PAS has been valued negatively and positively in different social and cultural contexts and therefore it is not something pathological. Doubtless, the use (and abuse) of these substances has a variety of biological and behavioral effects on the individual that may alter his/her interpersonal relations and his/her academic or labor life. To use PAS is a risky behavior that could lead to several life problems and these problems must be prevented and addressed through different programs.

Keywords: mental illness, mental disorders, psychoactive substance use

Abstracto (Español). Este artículo discute el concepto de “trastorno mental” en el contexto de los conceptos médicos de enfermedad y trastorno. Específicamente, se muestran algunos de los problemas del concepto de trastorno mental tal como es usado en las diferentes versiones del DSM (Diagnostic Statistical Manual) y de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades). Se propone que los problemas humanos, usualmente etiquetados como trastornos mentales, son básicamente, problemas de vida que involucran consideraciones morales y sociales. Estos problemas generan diferentes formas de sufrimiento, pero no hay razones lógicas para

considerar que estos sufrimientos sean patológicos. Finalmente, la discusión previa es aplicada al uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA), y concluye que el uso de las SPA ha sido valorado positiva y negativamente en diferentes contextos sociales y culturales y por lo tanto no es algo inherentemente patológico. Sin lugar a dudas, el uso (y abuso) de estas sustancias tiene una variedad de efectos biológicos y conductuales que pueden alterar las relaciones interpersonales y la vida académica y laboral del individuo. Usar SPA es una conducta de riesgo que puede llevar a diferentes problemas de vida y estos problemas pueden prevenirse y manejarse a través de programas de prevención y educación.

Palabras clave: enfermedad mental, trastorno mental, su de sustancias psicoactivas

Introducción

En el contexto institucional médico y específicamente médico-psiquiátrico, se ha utilizado el concepto de enfermedad y/o trastorno mental para referirse a la presentación de diferentes problemas de comportamiento o formas de malestar de las personas en diferentes contextos y en diferentes momentos de la vida.

La patologización del comportamiento o, en general de lo psicológico, se consideró, históricamente, un adelanto importante en la forma de abordar los problemas sociales que surgen a partir de la diversidad conductual: es preferible llamar a una persona “enferma” que llamarla “pecadora”, “endemoniada”, o “escoria social”. Si alguien se considera “enfermo” se le debe cuidar y se deben activar las agencias sociales que buscan la salud de las personas y, por ende, en este caso, de la llamada “salud mental”. Como lo señalan numerosos autores, este cambio de concepción que ocurrió a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX fue un hito importante en el surgimiento de la psiquiatría como una rama de la medicina (Ullmann & Krasner, 1969).

El concepto de enfermedad

En la medicina física, el concepto de enfermedad está íntimamente ligado con conceptos como diagnóstico, signos, síntomas, y síndromes que parten del supuesto de que las enfermedades se manifiestan por medio de signos y síntomas, y que si estos se presentan regularmente se puede identificar un síndrome y diagnosticar una enfermedad, en el caso de que se conozcan las causas, tales como una bacteria, un virus, una lesión, un tumor, etc. De forma consistente con esto, la Organización Mundial de la Salud define una enfermedad como una “alteración o desviación en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por

síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos predecible” (OMS, 1976).

Este concepto es reiterado por múltiples fuentes tanto en el uso ordinario del término, como en su uso técnico. Por ejemplo, el diccionario Merriam-Webster define una enfermedad como “una condición que afecta un sistema físico (p. e. el sistema cardiovascular), o una parte del cuerpo (p. e. enfermedades del pie). En un contexto más técnico, el American Heritage Stedman’s Medical Dictionary llama enfermedad a “una condición patológica de una parte del cuerpo, un órgano, o un sistema y que es el resultado de diferentes causas, tales como una infección, un defecto genético, un estresor ambiental, y que se caracteriza por un grupo identificable de signos o síntomas”.

Como puede verse, el criterio definitorio del concepto de enfermedad es la alteración o desviación de alguna parte del cuerpo. Teniendo en cuenta que la anatomía y fisiología tiene características comunes a los miembros de una especie, usualmente se considera que los criterios para determinar lo que constituye una alteración o desviación son relativamente universales e identificables con base en criterios “objetivos” de carácter bio-fisiológico y sin que medien criterios valorativos de orden social.

La enfermedad mental

Hablar de “enfermedad mental” constituye una extensión de los conceptos médicos dominantes sobre lo que se denomina “enfermedad”: la enfermedad mental es una condición (p.e. la esquizofrenia) que se manifiesta a través de signos y síntomas (p. e. delirios y alucinaciones) y que, presumiblemente tiene causas biológicas o psicológicas. Eso implica que hay una patología identificable y como dice el psiquiatra Wakefield (2007), decir que la psiquiatría es una especialidad médica depende de que exista la patología mental en el mismo sentido que la patología física.

Durante los años 60 del siglo pasado, surgió el movimiento antipsiquiátrico con una fuerte crítica al concepto mismo de enfermedad mental. Autores como Foucault, Laing, Szasz, Basaglia y otros son algunos de los principales autores críticos de la psiquiatría. La gran mayoría de ellos sostiene que la llamada enfermedad mental es, en el mejor de los casos, una metáfora o como dice Szasz es un mito que tiene el efecto, por una parte, de estigmatizar a las personas y por otra, justificar con base en supuestos criterios científicos, medidas coercitivas contra personas cuyo comportamiento no corresponde con lo que es socialmente esperado.

En palabras de Szasz (1970):

Se torna evidente que la proposición “X es un síntoma psíquico” implica formular un juicio que entraña una comparación tácita entre las ideas, conceptos o creencias del paciente y las del observador y la sociedad en la que viven ambos. La noción de síntoma psíquico está, pues, indisolublemente ligada al contexto social, y particularmente al contexto ético en la que se formula, así como la

noción de síntoma orgánico está ligada a un contexto anatómico y genético (p. 24)

Más adelante, el mismo autor señala:

[También] la noción de enfermedad mental se emplea para caracterizar o describir cierto rasgo determinado de lo que se llama la personalidad del individuo. La enfermedad mental, por así decir, es entonces considerada como la causa de la falta de armonía entre los hombres. Implícita en esta concepción está la idea de que la interacción social es intrínsecamente armoniosa, y su perturbación solo obedece a la existencia de “enfermedad mental” en muchas personas. (p. 25)

Trastornos mentales

Bajo la presión de las críticas antipsiquiátricas de los 60s, los sistemas de clasificación nosológicos de la psiquiatría (ICD y DSM) dejaron de utilizar el término de “enfermedad mental” y ahora se habla de “trastorno mental” (“mental disorder” en inglés). Para la ICD (International Classification of Diseases) el término “trastorno” se usa para identificar la existencia de un conjunto de síntomas clínicamente reconocibles o de comportamientos asociados en la mayor parte con malestar e interferencia con las funciones personales. De manera semejante, el DSMIII conceptualizó los trastornos mentales como síndromes conductuales o psicológicos clínicamente significativos que ocurren en un individuo y que están asociados con malestar actual o discapacidad y que reflejan una disfunción psicológica o biológica en el individuo (American Psychiatric Association, 1980). En estos esfuerzos se refleja la influencia explícita de un filósofo positivista (Carl Hempel) quien asesoró a la APA para hacer una distinción entre los “hechos” y los “valores”, de tal manera que se tuviera una clasificación objetiva de los “trastornos”, sin entrar en el campo de los juicios de valor socio-morales y establecer así criterios puramente empíricos y “científicos” que permitieran aumentar la confiabilidad de los diagnósticos (Bolton, 2008; Aragona, 2009).

Los críticos de esta conceptualización de trastorno mental señalan que, al evitar definir lo que significa “clínicamente significativo” y lo que significa “disfunción”, el DSM renunció a especificar con exactitud lo que es un trastorno mental (Aragona, 2009).

El DSM IV intentó solucionar en parte los problemas del concepto de trastorno mental del DSM III e incluyó como criterio adicional el que los síntomas y signos (el síndrome) no fueran socialmente esperados, es decir, se añadió explícitamente un criterio de valoración social con el fin de distinguir un trastorno mental de una desviación social. (APA, 1994).

En el proceso de la construcción del DSM-5, el influyente psiquiatra Jerome Wakefield (2007) planteó que el concepto de trastorno mental tiene dos componentes: un componente fáctico y un componente valorativo. Él reconoce que las profesiones de la salud son profesiones “cargadas de valores” y eso es inescapable en el caso de las profesiones de

la salud mental. Este autor considera que “una condición es un trastorno mental solamente si es perjudicial de acuerdo con ciertos valores sociales y así, al menos potencialmente, requiere atención médica”. Wakefield reconoce que hay muchas condiciones negativas que no son trastornos y muchas de ellas contienen síntomas y son clínicamente significativas en el sentido de causar malestar o dificultades en el funcionamiento personal o social. Por eso Wakefield considera que, para distinguir entre trastornos y no trastornos, se requiere un criterio adicional. Ese criterio adicional sería el componente fáctico que él llama “disfunción”. Una disfunción implica una función que no se cumple, es decir, una falla en algún mecanismo en el organismo para llevar a cabo la función. De acuerdo con esto, un trastorno es diferente de una dificultad para funcionar de una manera social o personalmente adecuada porque la disfunción existe solo cuando el mecanismo no puede funcionar, como supuestamente debe hacerlo.

Presumiblemente, las funciones que son relevantes serían las “funciones naturales” (una función natural de un órgano o mecanismo es un efecto del órgano o mecanismo que es parte de la explicación de la existencia, estructura o actividad del órgano o mecanismo). Por ejemplo, una función natural del aparato perceptual es proporcionar información adecuada sobre el ambiente inmediato. En este sentido una alucinación es una disfunción. Así mismo, algunos mecanismos cognitivos tendrían la función de proporcionar a la persona la capacidad de cierto grado de racionalidad de tal manera que cuando esa capacidad de razonamiento se perturba, como ocurre en los estados psicóticos, entonces hay una disfunción (Wakefield, 2007).

Como lo había señalado Wakefield desde antes (1992), el criterio de “disfunción” (el componente fáctico) de los trastornos mentales no es suficiente y se requiere un criterio valorativo, que es el perjuicio o daño que esa disfunción puede producir. Sin duda, presentar alguna forma de malestar o sufrimiento o hacer algo que la sociedad valora como inadecuado son factores relevantes a la hora de definir si hay o no un trastorno mental y por eso, hoy en día, la mayor parte de los autores consideran que esos factores son intrínsecamente normativos. Sin embargo, lo que es problemático de la propuesta de Wakefield es que la determinación de lo que constituye una disfunción sea algo puramente fáctico.

Según varios autores (Aragona, 2009; Bolton, 2018; Costa & López-Méndez, 2014; Telles Correia, 2013), la propuesta de Wakefield es problemática por, al menos, dos razones: primera, en la mayoría de los casos el mecanismo disfuncional no se conoce: aún sabemos poco sobre los mecanismos neurales que subyacen a las funciones psicológicas básicas; y segunda, al usar el término “falla” para definir las disfunciones está usando un criterio valorativo y él trata de escapar a esto sugiriendo que los mecanismos relevantes que pueden ser disfuncionales son aquellos mecanismos que tienen una función diseñada por evolución (Wakefield & First, 2003). Este uso de la teoría evolutiva es altamente problemático ya que implica procesos evolutivos orientados teleológicamente que implican

estructuras y funciones fijas, presumiblemente ubicadas en el cerebro. Esta visión ignora el hecho de que los procesos evolutivos son procesos oportunistas, que no están guiados por un diseño o propósito. De hecho, el cerebro de un individuo es un sistema neural plástico en el sentido de que permite formas de funcionamiento psicológico diversas en su proceso ontogenético al interactuar con su ambiente.

En síntesis, como señalan Telles-Correia et al. (2018):

Es controversial definir un trastorno mental acudiendo a la existencia de una disfunción psicológica. Como lo menciona Fullford, [sin referencia en el original] la disfunción entendida como una falla de un mecanismo para determinar una función natural es un concepto inextricablemente ligado a valores. Por razones biológicas y valores médicos lo que se considera útil o no para el organismo en una sociedad específica, cambia a lo largo del tiempo. Adicionalmente, hay mucho menos consenso sobre el concepto de disfunción psicológica que el de disfunción biológica, debido a un conocimiento insuficiente de los procesos psicológicos... Más aún, las funciones mentales están directamente ligadas a un rol social, mientras que las funciones físicas no y esto significa que las primeras están mucho más ligadas a valores sociales y culturales... La definición de la disfunción de mecanismos psicológicos como una falla para ejecutar funciones diseñadas por la naturaleza, plantea un límite artificial entre lo que es natural (innato) y lo que es social (cultivado). Además, la conducta humana está diseñada socialmente y las contribuciones de la biología y las reglas sociales son complejas, entremezcladas e imposibles de separar (p.4) (Traducción libre del autor).

En otro escrito, Telles-Correia (2017) concluye que el concepto de disfunción de mecanismos psicológicos en el contexto de los trastornos mentales es, en gran parte, dependiente del enfoque teórico y no es inmune a los factores y valores socio-culturales y por lo tanto, el criterio crítico para definir lo que es un trastorno mental sería el daño, malestar o sufrimiento que padece una persona. Obviamente este criterio es un criterio valorativo y plantea el problema de la patologización de los problemas humanos, como lo habían señalado hace ya mucho tiempo los antipsiquiatras (Szasz, 1970).

Adicional a lo anterior, es conveniente puntualizar que la definición de lo que es un trastorno mental que aparece en el DSM-5 pretende ser inclusiva, pero no soluciona los problemas señalados. Textualmente la última definición de trastorno mental es:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos, o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral, o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una

pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (APA, 2015, p. 20).

Como se puede ver el DSM-5 parece haber acogido el concepto de trastorno mental como una disfunción que puede ser biológica o psicológica. Obviamente, si se trata de una disfunción, el concepto de trastorno mental es indiferenciable del concepto de trastorno biológico. Los llamados trastornos mentales son “constructos sociales” y no existen al margen las convencionalidades. La evaluación de lo que se considera patológico tiene que ver con diferentes dimensiones de la vida humana tales como si el comportamiento o estado psicológico de una persona es comprensible o no en el contexto sociocultural de la persona, la adaptabilidad al contexto de la persona y el grado de sufrimiento o discapacidad. Es claro que todas estas dimensiones no son criterios universales y plantean como consecuencia lógica que hablar de “enfermedad” o “trastorno mental” es utilizar estos conceptos en un sentido metafórico y no literal, y por lo tanto cabe la pregunta si el ámbito más adecuado para abordar los problemas reales que están recubiertos bajo esos términos es el ámbito de los sistemas de salud medicalizados.

Una propuesta alternativa

La crítica al concepto de enfermedad o trastorno mental no significa que los problemas arrojados bajo esos conceptos no existan. Lo que se pone en tela de juicio es el modelo médico que contrapone lo normal con lo patológico y que por lo tanto, llámese enfermedad o trastorno, esos problemas entran en el campo de lo patológico y por lo tanto son objeto de atención por parte de una especialidad médica: la psiquiatría.

Para plantear una conceptualización alternativa voy a partir de unos supuestos, a partir de los planteamientos de Szasz (1970) y Ribes (2018):

1. Todo lo que la gente hace tiene lugar en un contexto de valores.
2. Cuando los valores que subyacen en ciertas actividades son ampliamente compartidos, con frecuencia estos se pierden de vista y se considera que hay ciertas formas de comportamiento que son “naturales” (normales) y otras que no (anormales o patológicas).
3. Los criterios para definir un trastorno mental no son criterios biológicos (naturales?), sino que son *problemas de vida* que pueden ser analizadas y comprendidas dentro de contextos socio-culturales y morales específicos.
4. Los problemas de los cuales se ocupa la psicoterapia son “problemas de vida” y no son enfermedades o trastornos mentales.

Partiendo de estos supuestos se podría plantear con Szasz (1970, p. 32) que los problemas humanos que se cobijan bajo el rótulo de trastorno mental son “expresiones de la lucha que debe librar el hombre con el problema de cómo debería vivir”. Los humanos luchamos no solo por sobrevivir, sino que, al ser integrantes de una conformación social particular buscamos un lugar con respecto de los otros que le den a nuestra vida un sentido o valor. Toda persona encuentra dificultades en ese proceso y muchas logran superarlas porque tuvieron un ambiente social propicio que les permitió desarrollar habilidades para hacerlo, y lo pueden hacer sin necesidad de acudir a un profesional. Otras personas tienen dificultades para afrontar los retos de la vida por razones de índole diverso (condiciones biológicas, condiciones sociales de privación o de conflictividad, experiencias personales lesivas de su integridad personal o social, etc.).

Es claro que enfrentar de manera no exitosa los problemas de vida (en las relaciones con las otras personas: padres, pares, parejas, jefes) genera diferentes formas de sufrimiento (tristeza, frustración, angustia, indignación). Sin embargo, no parece haber necesidad lógica, ni conveniencia social o ética, para que esos comportamientos y esos sufrimientos sean considerados como “trastornos mentales”. El malestar experimentado por una persona, que con frecuencia la lleva a acudir a un servicio de salud mental (psiquiátrico o psicológico), es la expresión de que la persona tiene problemas en uno o más ámbitos de su vida y no el síntoma de una patología.

Ribes (2018) parece coincidir con este punto de vista cuando dice: Los actos y su connotación moral no son entidades, ni reflejan el funcionamiento de ninguna entidad biológica como tal. Lo que reflejan los actos, desde una perspectiva moral, son las relaciones entre personas que prescribe, constriñe, permite y sanciona una formación una formación social específica, concreta, en un momento histórico determinado. No tiene que ver con valores eternos o universales, ni con un criterio de “salud” o “normalidad del cuerpo” [o de la mente] sino con las prácticas que conforman, sostienen y reproducen a una organización social. Los actos buenos y malos son actos que promueve, facilita, tolera, auspicia y sanciona una sociedad determinada, actos que no se valoran de manera uniforme para y en todos los individuos que la conforman” (pp. 69-70).

Con base en lo anterior, se pueden considerar las siguientes alternativas con respecto de los problemas de vida que reciben atención de los profesionales de la llamada “salud mental”:

1. Un individuo puede tener una condición física particular de orden estrictamente patológico (p. e. un problema degenerativo del sistema nervioso o una alteración metabólica) que conlleva alteraciones del comportamiento (tanto en su aspecto reactivo como activo). En este caso, no podemos hablar de trastorno

mental, sino de un verdadero trastorno o enfermedad biológica con consecuencias psicológicas.

2. Un individuo evidencia dificultades en sus relaciones interpersonales o impersonales (con sus padres, pares, pareja o instituciones) que se refieren a que el comportamiento propio no corresponde a lo que los otros esperan de él, o a que el comportamiento de alguien más no corresponde a lo que el individuo espera. Independientemente del malestar que esto genere, no parece tener sentido (más allá del metafórico) decir que esas interacciones problemáticas sean “patológicas”.
3. El malestar experimentado por la persona como consecuencia de problemas como los descritos en el punto 2 puede ser tan intenso o duradero que puede alterar o propiciar cambios fisiológicos (p. e. hipertensión, úlceras, mialgias). En este caso estas alteraciones biológicas pueden ser funcionales o estructurales y obviamente son del dominio médico, pero no son “trastornos mentales”.
4. Hay comportamientos de una persona que pueden tener consecuencias lesivas para la propia persona o para otros (p. e. el consumo de sustancias psicoactivas). Evidentemente esto puede ser un grave problema personal, interpersonal y social, pero el uso (e incluso el abuso) de esas sustancias no es algo que pueda considerarse en sí mismo patológico.

El uso y abuso de sustancias psico-activas

En las sociedades occidentales u occidentalizadas el consumo de ciertas sustancias psicoactivas es, usualmente, valorado negativamente, aunque esta valoración negativa no ocurra de manera uniforme en todos los sectores de la sociedad, ni en toda cultura, ni en todo momento de la historia (ver Pérez-Gómez, 1988).

El Ministerio de Salud de Colombia caracteriza a las sustancias psicoactivas así: toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento” (minsalud.gov.co).

Lo primero que hay que decir es que el simple consumo de sustancias psicoactivas no es un “trastorno mental” y afortunadamente, incluso el DSM-5 lo reconoce. No obstante, el consumo de sustancias psicoactivas tiene efectos fisiológicos y algunos de ellos pueden estar relacionados con la facilitación de enfermedades neurofisiológicas y/o con dificultades para responder a las demandas sociales.

El DSM-5 tiene un capítulo dedicado a los trastornos relacionados con sustancias y distingue entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias.

Al referirse a los trastornos por consumo de sustancias se incluyen once criterios: (a) el control deficitario (alto consumo que sobrepasa lo previsto); (b) esfuerzos fallidos por abandonar el consumo; (c) cantidad de tiempo buscando la sustancia o consumiéndola; y (d) deseo intenso de consumir; (e) incumplimiento de los deberes académicos, laborales o domésticos; (f) mantenimiento del consumo a pesar de la afectación social o interpersonal; (g) reducción o abandono de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo; (h), (i) hay consumo incluso cuando hay riesgo físico o a pesar de que hay un problema físico o psicológico; (j) aumento de la tolerancia a la sustancia; (k) aparición del síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir. Se atribuyen estas características de este tipo de trastorno a “cambios en los circuitos cerebrales que persisten tras la desintoxicación” (p. 483).

Como se puede ver, gran parte de los criterios diagnósticos son criterios valorativos de tipo social y algunos otros como el aumento en la tolerancia y el síndrome de abstinencia serían criterios referidos a efectos fisiológicos del consumo. En otras palabras, podría inferirse de lo que dice el DSM-5 que:

- Lo que clasifica como trastorno no es el consumo, sino los efectos de este en la vida personal y social.
- Las alteraciones en la vida personal y social se atribuyen a los cambios en los circuitos cerebrales, planteando así una supuesta relación de causalidad lineal entre los supuestos cambios cerebrales y la conducta.
- Sin duda, hay suficiente evidencia en el sentido de que el consumo de ciertas sustancias psicoactivas es un comportamiento de riesgo para generar problemas en la vida de las personas, pero eso no justifica el etiquetamiento de esos problemas como “trastorno” y menos como “trastorno mental”.
- Indudablemente se puede suponer que ciertas condiciones fisiológicas pueden favorecer o perjudicar ciertas formas de comportamiento (problemático o no, de acuerdo con ciertos criterios de valoración social), pero eso es muy diferente a afirmar, como parece sugerirlo el DSM que sean la causa de las alteraciones del comportamiento de las personas.

La otra gran categoría son los trastornos inducidos por sustancias: aquí se incluye la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias (p. e. el trastorno psicótico o el trastorno depresivo inducido por sustancias).

La intoxicación se refiere al desarrollo de un síndrome específico y reversible debido al consumo (alteraciones de la percepción, la vigilia, el pensamiento, la conducta psicomotora) y además cambios comportamentales o psicológicos asociados a la intoxicación como la beligerancia, la labilidad emocional o el juicio deteriorado.

En este caso, es claro que las sustancias psicoactivas pueden producir intoxicación (así como ocurre con muchas otras sustancias) y que

la intoxicación es claramente una condición fisiológica, que en la medida que haya alteración neurológica, habrá alteraciones comportamentales y/o psicológicas. Acá vuelve a caer el cuestionamiento: ¿lo que constituye el trastorno es la condición fisiológica de la intoxicación o son los cambios en los procesos neuropsicológicos asociados a esa condición?

Conclusiones

En síntesis, a partir de las consideraciones anteriores se puede concluir lo siguiente:

1. La patologización del comportamiento, ya sea usando el concepto de “enfermedad mental” o “trastorno mental”, implica la imposición de un modelo que tiende a suponer que los problemas de vida de las personas son causados por una entidad patológica “interna” y que las personas se pueden curar de eso.
2. La existencia de “trastornos mentales” como entidades patológicas es, como dice Szasz (1970) un mito. Evidentemente las personas tenemos a lo largo de la vida multitud de problemas: nos deprimimos, nos da miedo salir a la calle, e incluso oímos voces. Afirmar que eso es un síntoma de un trastorno o enfermedad es despojar a esas experiencias de su significado vital y hace más difícil comprenderlas y entender las vicisitudes de la vida que han llevado a las personas a vivirlas (Costa & López-Méndez, 2014).
3. Ha habido un esfuerzo grande en la psiquiatría por tratar de defender la existencia de los trastornos mentales como patologías (y así justificar la misma psiquiatría como una rama de la medicina). Dicho esfuerzo parece fundamentarse en la existencia de una supuesta disfunción biológica o psicológica. Obviamente, si hay una disfunción biológica se trata de un verdadero trastorno biológico y no mental. Por otro lado, el concepto mismo de “disfunciones psicológicas” es altamente sujeto a la controversia debido a la multiplicidad de aproximaciones divergentes e incompatibles de la psicología sobre el tema.
4. La determinación de lo que es un trastorno mental (o mejor “problemas de vida”) indudablemente involucra criterios de tipo socio-moral. Los intentos fallidos por dejar de lado los “valores” al determinar los trastornos mentales han llevado a que muchos autores (incluso el psiquiatra Wakefield) reconozcan esta dimensión de valoración social. Esto significa que no hay trastorno o enfermedades mentales al margen de una cultura y unos criterios valorativos de tipo moral particulares.
5. La comprensión, la evaluación y el desarrollo de programas de ayuda a personas que sufren como consecuencia de sus dificultades de vida deberían hacerse desde la perspectiva de esas personas que sufren y no desde la perspectiva de una

supuesta “psicopatología científica” que impone etiquetas y procedimientos farmacológicos o psicoterapéuticos para manejarlos.

6. De lo anterior se deduce que “consumir sustancias psicoactivas”, ni es un trastorno, ni una patología. Consumir ciertas sustancias es valorado negativa o positivamente dependiendo de la sustancia, el contexto y la cultura. El consumo de dichas sustancias es usualmente valorado negativamente por alguien diferente al consumidor (padres, maestros, empleadores), quienes acuden a un profesional de la “salud mental” para que sancione “científicamente” la existencia de un problema psicológico y se intente un cambio en el consumo.
7. Es innegable que las sustancias psicoactivas (SPA) tienen una variedad de efectos en el organismo y en la vida de la persona y algunos de ellos pueden afectar la salud (física) y alterar las relaciones interpersonales, y la vida académica o laboral. Es decir, el consumo de SPA es un comportamiento de riesgo que puede contribuir a alterar negativamente la vida de las personas.
8. A nivel social hay múltiples comportamientos de riesgo (comer comida chatarra, conducir a altas velocidades, tener una vida sedentaria, etc.), pero nadie consideraría que esos comportamientos constituyan “trastornos”. Evidentemente, dichos comportamientos (como ocurre también con el abuso en el consumo de SPA) promueven alteraciones orgánicas, psicológicas y sociales y muchas de ellas son dañinas para la persona a la luz de los criterios valorativos de lo que se espera de un individuo en su vida personal y social.
9. Todas las consideraciones anteriores no demeritan de ninguna manera el desarrollo de programas de educación y prevención de las conductas de riesgo, ni de acciones tendientes a ayudar a las personas cuya vida se ha alterado negativamente como consecuencia de su consumo.

Funding Sources

None.

Referencias

- American Psychiatric Association, (APA) (1980). Diagnostic statistical manual. 3rd. Edition. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, (APA) (1994). Diagnostic statistical manual. 4rd. Edition. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2016). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5 (5th ed)*. Panamericana.
- Aragona, M. (2009). The concept of mental disorder and the DSM-V. *Dialogues in philosophy, mental and neurosciences*. 2(1), 1-14.
- Bolton, D. (2008). *What is a mental disorder? An essay on philosophy, science and values*. Oxford University Press.
- Costa, M. & López-Méndez, E. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades: una crítica radical de la psicopatología*. Pirámide.
- Ministerio de Salud de Colombia. Recuperado el 27 de Abril de 2007 de:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx#:~:text=Es%20toda%20sustancia%20que%20introducida,o%20los%20procesos%20de%20pensamiento>.
- Organización Mundial de la Salud (1976). *Constitución*.
- Pérez-Gómez, A. (1988). *Sustancias psicoactivas: Historia del consumo en Colombia*. Presencia.
- Ribes-Iñesta, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: Una introducción a la teoría de la psicología*. Manual Moderno.
- Stedman, T. L. (2002). *Stedman's Medical Dictionary. The American Heritage*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Szasz, T. (1970). *Ideología y enfermedad mental*. Amorrortu.
- Telles-Correia, D. T. (2018). Mental disorder: Are we moving away from distress and disability? *Journal of evaluation in clinical practice*, 24, 973-977. <https://doi.org/10.1111/jep.12871>
- Telles-Correia, D. T., Saraiva, S. & Goncalves, J. (2028). Mental disorder- The need for an accurate definition. *Frontiers in psychiatry*, 9, 1-5.
- The Merriam-Webster Dictionary*. Britannica.com
- Ullmann, L. P. & Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Prentice Hall.
- Wakefield, J. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World psychiatry*, 6, 149-156.

This paper was presented at: Latin America Virtual Conference on Mental Health and Addictions (2022), Bogota, Colombia. This event was organized by Nuevos Rumbos (www.nuevosrumbos.org).