

VERSIÓN CORREGIDA — APROBADA POR LA AUTORA

Medicalización y Salud Mental: El Rol de los Psicofármacos en el Sufrimiento Psíquico

Medicalization and Mental Health: The Role of Psychotropic Drugs in Psychological Suffering

Autora: Gema Dioselina Anchundia Talledo

Afiliación: Universidad Estatal de Milagro, Ecuador — ROR: <https://ror.org/00gd7ns03>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4506-7785>

Correspondencia: Gema.Anchundia@unemi.edu.ec

Tipo de artículo: Revisión narrativa crítica

Registro bibliográfico: Vol. 1, Núm. 1 (2023), artículo 5; versión corregida en 2026

Nota de integridad editorial: este texto fue reconstruido en 2026 para corregir la incompatibilidad material detectada entre el título histórico y la galerada previamente asociada al artículo 5. La autora aprobó expresamente el contenido reconstruido y asume la responsabilidad científica y de autoría. Esta versión corregida mantiene el registro bibliográfico original y documenta transparentemente la intervención editorial; no constituye una obra distinta ni una nueva publicación.

Resumen

La expansión de categorías diagnósticas y de respuestas farmacológicas ha transformado la manera en que las sociedades interpretan y atienden el sufrimiento psíquico. Esta revisión narrativa crítica tuvo como objetivo analizar el papel de los psicofármacos dentro de los procesos de medicalización de la salud mental, diferenciando su uso clínicamente justificado de la sobremedicalización. Se consultaron publicaciones académicas en PubMed/MEDLINE y SciELO, documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y registros DOI verificados, con prioridad para revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías y estudios latinoamericanos publicados hasta agosto de 2026. La síntesis mostró que los antidepresivos y antipsicóticos pueden ofrecer beneficios relevantes en indicaciones específicas, pero su efectividad promedio, tolerabilidad y aceptabilidad varían entre personas y contextos. También se identificaron riesgos de efectos adversos, tratamientos prolongados sin revisión suficiente, síntomas de discontinuación y decisiones poco participativas. La evidencia sobre determinantes sociales y atención comunitaria indicó que reducir el malestar a una alteración individual puede invisibilizar pobreza, violencia, precariedad laboral, discriminación y trayectorias biográficas. Se concluyó que el problema no reside en la existencia de los psicofármacos, sino en su empleo como respuesta automática, exclusiva o descontextualizada. Una práctica equilibrada requiere evaluación diagnóstica cuidadosa, consentimiento informado, decisión compartida, seguimiento de beneficios y daños, acceso a intervenciones psicológicas y sociales, y servicios comunitarios basados en derechos.

Palabras clave: medicalización; psicofármacos; sufrimiento psíquico; salud mental; decisión compartida.

Abstract

The expansion of diagnostic categories and pharmacological responses has transformed how societies interpret and address psychological suffering. This critical narrative review aimed to analyze the role of psychotropic drugs within mental-health medicalization processes while distinguishing clinically justified use from overmedicalization. Academic publications indexed in PubMed/MEDLINE and SciELO, official documents from the World Health Organization and the Pan American Health Organization, and verified DOI records were consulted. Priority was given to systematic reviews, meta-analyses, guidelines, and Latin American studies published up to August 2026. The synthesis showed that antidepressants and antipsychotics may provide meaningful benefits for specific indications, although average effectiveness, tolerability, and acceptability vary across individuals and contexts. Risks were also identified, including adverse effects, prolonged treatment without sufficient review, discontinuation symptoms, and limited participation in treatment decisions. Evidence on social determinants and community care indicated that reducing distress to an individual disorder may obscure poverty, violence, precarious employment, discrimination, and biographical trajectories. The review concludes that the central problem is not the existence of psychotropic medicines, but their automatic, exclusive, or decontextualized use. A balanced practice requires careful diagnostic assessment, informed consent, shared decision-making, monitoring of benefits and harms, access to psychological and social interventions, and rights-based community services.

Keywords: medicalization; psychotropic drugs; psychological suffering; mental health; shared decision-making.

1. INTRODUCCIÓN

El sufrimiento psíquico comprende experiencias de tristeza, angustia, miedo, insomnio, desesperanza, alteraciones perceptivas, desorganización del pensamiento y pérdida de capacidad funcional, entre otras manifestaciones. Estas experiencias pueden relacionarse con trastornos mentales definidos clínicamente, pero también con duelos, violencia, pobreza, discriminación, enfermedad física, precariedad laboral, migración, aislamiento o conflictos familiares. La manera de nombrarlas no es neutral: determina qué profesionales intervienen, qué recursos se movilizan, qué responsabilidades se atribuyen y qué alternativas de cuidado parecen legítimas.

La medicalización describe el proceso por el cual condiciones, conductas o problemas humanos pasan a definirse y tratarse principalmente en términos médicos. El concepto no implica que toda intervención médica sea inadecuada. Conrad (1992) mostró que la medicalización puede ampliar el reconocimiento de necesidades y facilitar acceso a cuidados, al tiempo que puede convertir diferencias o adversidades sociales en problemas individuales. Busfield (2017) subrayó que se trata de un proceso histórico y variable, no de una categoría moral que permita clasificar automáticamente una práctica como buena o mala. Kaczmarek (2019) propuso diferenciar medicalización y sobremedicalización: la segunda aparece cuando la expansión de categorías o intervenciones genera daño, beneficios marginales, pérdida de autonomía o desplazamiento de respuestas más pertinentes.

En salud mental, los psicofármacos constituyen uno de los instrumentos más visibles de este proceso. Antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos y estabilizadores del ánimo pueden reducir síntomas, prevenir recaídas o facilitar la recuperación en determinadas personas. A la vez, una respuesta centrada exclusivamente en medicación puede empobrecer la comprensión del sufrimiento y relegar intervenciones psicológicas, familiares, comunitarias y estructurales. La discusión, por tanto, no debe plantearse como una oposición simple entre aceptar o rechazar los medicamentos, sino como una evaluación de cuándo, para quién, durante cuánto tiempo, con qué objetivos y bajo qué condiciones éticas se utilizan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) ha señalado que la atención en salud mental debe transformar tanto los servicios como los entornos que influyen en el bienestar. Su guía mhGAP actualizada (OMS, 2023) incluye intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para condiciones prioritarias, mientras que su orientación sobre servicios comunitarios promueve enfoques centrados en la persona y basados en derechos (OMS, 2021). Esta combinación es relevante: garantizar acceso a medicamentos esenciales puede corregir desigualdades, pero convertirlos en la única respuesta disponible reproduce otra forma de inequidad.

En América Latina coexisten problemas aparentemente contradictorios. Algunos territorios enfrentan escasez de profesionales, psicoterapias y medicamentos esenciales, mientras otros muestran prescripción creciente, uso prolongado, polifarmacia o seguimiento insuficiente. La reforma psiquiátrica regional ha defendido el tránsito desde instituciones segregadas hacia redes comunitarias, atención primaria y protección de derechos (OPS, 2020). Sin embargo, transformar edificios no garantiza por sí solo un cambio del modelo de atención si la respuesta cotidiana continúa reducida al control farmacológico.

En Ecuador, el perfil de salud mental de la OPS describe necesidades de fortalecimiento de servicios, recursos y atención comunitaria (OPS, 2020a). Estudios locales también han mostrado el peso económico que los tratamientos psiquiátricos pueden representar para las personas y sus familias (Camino et al., 2017). Estos datos no autorizan a generalizar sobre toda prescripción nacional, pero evidencian que las decisiones farmacológicas se relacionan con acceso, continuidad, protección financiera y organización del sistema.

El objetivo de esta revisión fue analizar críticamente el papel de los psicofármacos en el sufrimiento psíquico, integrando evidencia sobre beneficios clínicos, riesgos, discontinuación, determinantes sociales, decisión compartida y atención comunitaria. Se buscó responder la siguiente pregunta: ¿cómo puede integrarse el uso clínicamente justificado de psicofármacos con una comprensión social, biográfica y basada en derechos del sufrimiento, evitando la sobremedicalización?

2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa crítica con búsqueda estructurada. Este diseño se eligió porque el objetivo no fue calcular un efecto agregado de una intervención única, sino integrar literatura clínica, epidemiológica, social y normativa sobre un fenómeno multidimensional. En consecuencia, el manuscrito no se presenta como revisión sistemática ni aplica un diagrama PRISMA.

La búsqueda se efectuó durante agosto de 2026 en PubMed/MEDLINE y SciELO, complementada con documentos oficiales de la OMS y la OPS y verificación de identificadores DOI. Se combinaron términos en español e inglés relacionados con medicalización, salud mental, sufrimiento psíquico, psicofármacos, antidepresivos, antipsicóticos, efectos adversos, discontinuación, determinantes sociales, decisión compartida, derechos humanos y atención comunitaria. Se priorizaron documentos publicados desde 2010 hasta el 20 de agosto de 2026; se incorporaron trabajos anteriores cuando eran necesarios para la definición conceptual o la historia del campo.

Los criterios de inclusión fueron: a) revisiones sistemáticas, metaanálisis o guías sobre eficacia, seguridad, aceptabilidad o discontinuación de psicofármacos; b) estudios revisados por pares sobre prescripción, experiencias de usuarios o determinantes sociales; c) documentos oficiales de salud mental comunitaria y derechos; y d) publicaciones latinoamericanas pertinentes. Se excluyeron textos sin fuente identificable, recomendaciones comerciales, contenidos que presentaban asociaciones como causalidad sin sustento y estudios que no diferenciaban medicamentos prescritos de sustancias psicoactivas de uso no médico.

La información se organizó en seis dominios: conceptualización de la medicalización; utilidad clínica; riesgos y tolerabilidad; discontinuación y seguimiento; determinantes sociales y contexto latinoamericano; y decisión compartida, servicios comunitarios y derechos. La síntesis fue interpretativa y buscó identificar convergencias, tensiones y límites de la evidencia. Debido a la heterogeneidad de diseños, poblaciones y desenlaces, no se compararon directamente magnitudes que provenían de metodologías incompatibles.

No se utilizaron datos individuales, historias clínicas ni participantes humanos. Por ello, el trabajo no requirió consentimiento informado ni evaluación de un comité de ética. Su principal limitación metodológica es que una revisión narrativa depende del juicio de selección y no garantiza exhaustividad. Para reducir ese riesgo se priorizaron fuentes de alta jerarquía, documentos regionales y enlaces verificables, y se evitaron recomendaciones clínicas individualizadas.

3. RESULTADOS

3.1. Medicalización, diagnóstico y significado del sufrimiento

La literatura revisada coincide en que la medicalización amplía la jurisdicción médica sobre experiencias previamente interpretadas en términos morales, sociales, educativos o biográficos. Este proceso puede reducir culpa y estigma al reconocer que una persona necesita ayuda, pero también puede fijar identidades diagnósticas, individualizar conflictos colectivos y limitar la diversidad de respuestas. La frontera entre una reacción esperable y un trastorno no depende únicamente de la intensidad de un síntoma: también requiere valorar duración, contexto, deterioro funcional, riesgo, antecedentes y preferencias.

Hofmann (2016) diferenció medicalización y sobrediagnóstico. La primera se refiere al cambio de marco interpretativo; el segundo ocurre cuando se identifica una condición que no habría producido daño o cuando la etiqueta genera más perjuicio que beneficio. Ambas dinámicas pueden coincidir, pero no son equivalentes. Esta

distinción evita asumir que toda ampliación diagnóstica es necesariamente errónea o que todo diagnóstico conduce inevitablemente a medicación.

La medicalización también puede originarse fuera de la consulta. Expectativas sociales de productividad, publicidad, disponibilidad desigual de servicios, protocolos rígidos, tiempos breves de atención y demanda de soluciones rápidas influyen en la prescripción. En consecuencia, atribuir el fenómeno únicamente al profesional o al paciente desconoce incentivos institucionales y económicos. Una consulta con pocos minutos, sin acceso a psicoterapia o trabajo social, favorece respuestas diferentes de una red que ofrece seguimiento interdisciplinario.

La crítica al reduccionismo biológico no equivale a negar la dimensión corporal de los trastornos mentales. Los procesos psicológicos y sociales tienen correlatos biológicos, y los medicamentos actúan sobre sistemas neuroquímicos con efectos clínicos reales. El problema aparece cuando una explicación parcial se presenta como causa suficiente y desplaza preguntas sobre historia de vida, relaciones, recursos y condiciones materiales.

Un ejemplo es la explicación popular de la depresión como simple déficit de serotonina. La revisión paraguas de Moncrieff et al. (2022) no encontró evidencia consistente que sostuviera esa formulación causal simplificada. Sin embargo, ese resultado no demuestra que los antidepresivos sean ineficaces: una teoría etiológica y la eficacia de una intervención son preguntas diferentes. Los medicamentos pueden modificar síntomas mediante mecanismos más complejos que la corrección de un supuesto desequilibrio preexistente. La comunicación clínica debe evitar tanto el determinismo neuroquímico como la negación de beneficios observados.

3.2. Beneficios clínicos: utilidad sin absolutización

La evidencia clínica confirma que algunos psicofármacos producen beneficios promedio en condiciones específicas. El metaanálisis en red de Cipriani et al. (2018), que reunió 522 ensayos y 116.477 adultos con depresión mayor, encontró que los 21 antidepresivos evaluados fueron más eficaces que placebo para respuesta aguda. También identificó diferencias de aceptabilidad y recordó que la certeza de numerosas comparaciones fue moderada, baja o muy baja. Estos resultados apoyan el uso de antidepresivos, pero no permiten anticipar con certeza la respuesta individual ni justifican una prescripción desvinculada de gravedad, riesgos y preferencias.

La comparación entre modalidades de tratamiento es igualmente importante. Cuijpers et al. (2020) observaron que psicoterapias y farmacoterapias son opciones eficaces para la depresión adulta y que su combinación puede ofrecer ventajas en determinados casos. La conclusión práctica no es que todas las personas necesiten ambas intervenciones, sino que una red de atención debe ofrecer alternativas reales. Cuando solo existe medicación, la elección aparente del paciente está condicionada por la ausencia de opciones.

En esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los antipsicóticos reducen síntomas y riesgo de recaída para muchas personas. Leucht et al. (2012) encontraron beneficios importantes del tratamiento de mantenimiento frente a placebo en prevención de recaídas, aunque con efectos adversos relevantes. Huhn et al. (2019), al comparar 32 antipsicóticos orales, mostró variabilidad sustancial en eficacia y tolerabilidad. No existe, por tanto, un fármaco universalmente superior: la selección

requiere considerar experiencias previas, síntomas objetivo, riesgos metabólicos, neurológicos y cardiovasculares, y valores del paciente.

La utilidad clínica tampoco elimina el efecto del contexto. Una disminución de síntomas puede facilitar sueño, autocuidado, participación familiar o retorno a actividades significativas. Para otras personas, sedación, aumento de peso, disfunción sexual, inquietud motora o embotamiento emocional pueden contrarrestar el beneficio. La evaluación debe trascender una escala sintomática e incluir funcionamiento, calidad de vida y metas personales.

3.3. Efectos adversos, polifarmacia y revisión periódica

Todos los psicofármacos pueden causar efectos adversos. Su probabilidad y gravedad dependen de dosis, duración, interacciones, edad, comorbilidades y susceptibilidad individual. La revisión de Alonso-Pedrero et al. (2019) encontró asociación entre diversos antidepresivos y antipsicóticos y aumento de peso, con diferencias entre compuestos. El análisis de farmacovigilancia de Bandarra et al. (2024) mostró la diversidad de reacciones notificadas con medicamentos psicotrópicos y la necesidad de vigilancia continuada. Estas fuentes no permiten atribuir el mismo riesgo a todos los fármacos, pero sí cuestionan la idea de tratamientos inocuos que no requieren monitorización.

La polifarmacia puede ser necesaria en situaciones complejas, pero aumenta la dificultad para atribuir beneficios y daños. Cada nuevo medicamento puede responder a un síntoma, a un diagnóstico concurrente o a un efecto adverso de otro tratamiento. Sin una revisión explícita de objetivos, el régimen puede acumularse por inercia. La práctica segura exige registrar la indicación de cada fármaco, el resultado esperado, el plazo de evaluación y los criterios para mantener, ajustar o retirar.

En el estudio de prescripción ambulatoria de Villalobos-Madriz et al. (2023), realizado en un establecimiento latinoamericano, los patrones cambiaron durante cinco años y mostraron la importancia de monitorear el consumo por grupos terapéuticos. Ferreira et al. (2021) describieron el consumo de psicofármacos en atención primaria brasileña y señalaron la necesidad de contextualizar la prescripción. Estos estudios no representan por sí solos a toda América Latina, pero ilustran cómo la vigilancia local puede detectar tendencias que los promedios globales ocultan.

La carga económica también forma parte de la seguridad. Camino et al. (2017) estimaron que, en su muestra ecuatoriana, los medicamentos para patologías psiquiátricas podían absorber una proporción considerable del ingreso. Un tratamiento que clínicamente funciona puede fracasar si la persona debe elegir entre adquirirlo y cubrir necesidades básicas. La continuidad requiere disponibilidad, protección financiera, seguimiento y alternativas terapéuticas, no solo una receta.

3.4. Discontinuación: distinguir retirada, recaída y decisión informada

La suspensión de antidepresivos puede producir síntomas que se confunden con recaída: mareo, alteraciones sensoriales, insomnio, ansiedad, irritabilidad o síntomas físicos. Henssler et al. (2024) sintetizaron 79 estudios con 21.002 participantes. La incidencia observada de al menos un síntoma fue mayor tras suspender antidepresivos que placebo; al considerar síntomas inespecíficos, los autores

estimaron que aproximadamente una de cada seis o siete personas presenta síntomas atribuibles a la discontinuación, mientras que los cuadros graves fueron menos frecuentes. La heterogeneidad fue considerable y varió entre medicamentos.

Maund et al. (2019) concluyeron que la interrupción abrupta aumenta el riesgo de síntomas y que el acompañamiento psicológico puede facilitar la retirada en algunas personas. La evidencia disponible no sustenta calendarios idénticos para todos. Duración de uso, dosis, medicamento, recaídas previas, respuesta actual y preferencias deben guiar una reducción gradual supervisada.

La dificultad para suspender un tratamiento no prueba automáticamente dependencia en el sentido de un trastorno por consumo, ni debe minimizarse como simple retorno de la enfermedad. Distinguir retirada y recaída requiere analizar temporalidad, patrón de síntomas y respuesta a cambios de dosis. Una comunicación que niega la experiencia del paciente deteriora la alianza terapéutica; una comunicación alarmista puede provocar suspensión brusca. El principio más seguro es no iniciar, modificar ni retirar psicofármacos sin evaluación clínica individual y un plan de seguimiento.

La revisión periódica debe comenzar desde la primera prescripción. Informar duración esperada, beneficios posibles, efectos adversos, incertidumbres y estrategia futura de evaluación reduce la sensación de que el medicamento se ha convertido en una obligación permanente sin explicación. También permite reconocer que algunas personas necesitan tratamiento prolongado y que otras pueden reducirlo de manera segura cuando se cumplen condiciones clínicas.

3.5. Determinantes sociales y riesgo de individualización

La revisión sistemática de revisiones de Lund et al. (2018) relacionó los trastornos mentales con determinantes como pobreza, desigualdad, violencia, educación, empleo, vivienda y discriminación. La Comisión Lancet sobre salud mental global también defendió una respuesta que integre prevención, atención y desarrollo social (Patel et al., 2018). Estos hallazgos no significan que los determinantes sociales expliquen todos los casos ni que una intervención social sustituya siempre al tratamiento clínico. Indican que el sufrimiento emerge de múltiples niveles y que una respuesta exclusivamente individual es incompleta.

La individualización ocurre cuando la persona recibe el mensaje de que debe adaptarse farmacológicamente a condiciones dañinas que permanecen intactas. Un ansiolítico puede reducir síntomas y ser útil, pero no corrige violencia doméstica, jornadas abusivas, racismo, inseguridad alimentaria o falta de vivienda. Si el sistema contabiliza únicamente la reducción de ansiedad, puede declarar éxito mientras el origen del peligro continúa.

La perspectiva social tampoco debe retrasar atención urgente. En depresión grave, psicosis, manía, riesgo suicida o agitación severa, la intervención clínica oportuna puede ser vital. La integración consiste en actuar sobre síntomas y seguridad sin abandonar las condiciones que los mantienen. Esto exige coordinación entre salud, protección social, educación, justicia, trabajo y redes comunitarias.

En el estudio cualitativo chileno de Castro (2024), usuarios de servicios públicos describieron alivio, efectos adversos, ambivalencia y relaciones de dependencia simbólica con los psicofármacos. El valor del estudio radica en mostrar que la

experiencia farmacológica no se reduce a eficacia: también involucra identidad, autonomía, temor a la hospitalización y relaciones con profesionales y familias. Sus resultados no deben generalizarse a todas las personas, pero justifican incorporar la experiencia vivida en evaluación y políticas.

3.6. Decisión compartida, derechos y atención comunitaria

La decisión compartida reconoce que el profesional aporta conocimiento clínico y la persona aporta experiencia, valores, objetivos y tolerancia al riesgo. La revisión Cochrane de Duncan et al. (2022) encontró que estas intervenciones pueden aumentar la percepción de participación, aunque la certeza sobre varios resultados clínicos y de continuidad del tratamiento fue baja o muy baja. Esto obliga a evitar promesas exageradas, pero no invalida el fundamento ético de informar y deliberar.

Una decisión farmacológica de calidad debería incluir: problema y objetivos definidos; alternativas farmacológicas y no farmacológicas; beneficios y daños esperados; incertidumbres; tiempo de prueba; indicadores de respuesta; plan de monitorización; y posibilidad de revisar la elección. La capacidad de decidir puede fluctuar en crisis, pero no debe presumirse ausente por el solo hecho de tener un diagnóstico. Cuando se necesita apoyo, este debe buscar la máxima participación posible.

La OMS (2021) propone servicios comunitarios centrados en la persona y compatibles con derechos humanos. La OPS (2020) ha impulsado la desinstitucionalización en América Latina y el Caribe. Ambos marcos permiten reubicar los psicofármacos: son una herramienta dentro de un plan integral, no el principio organizador exclusivo de la atención. Vivienda con apoyo, rehabilitación psicosocial, intervención familiar, acompañamiento entre pares, psicoterapia, atención a crisis y participación comunitaria forman parte del mismo sistema de cuidados.

La Tabla 1 resume los principales dominios identificados y su implicación para una práctica no reduccionista.

Tabla 1. Síntesis de dominios de evidencia sobre psicofármacos y medicalización

Dominio	Hallazgo principal	Implicación
Eficacia clínica	Antidepresivos y antipsicóticos muestran beneficios promedio en indicaciones específicas, con variabilidad entre fármacos y personas.	Prescribir según diagnóstico, gravedad, respuesta previa, riesgos y preferencias; evitar generalizaciones.
Tolerabilidad	Los perfiles metabólicos, neurológicos, sexuales, cardiovasculares y subjetivos son heterogéneos.	Monitorizar resultados relevantes para la persona y revisar cada indicación.
Discontinuación	La retirada puede generar síntomas y confundirse con recaída, especialmente si es abrupta.	Planificar reducción gradual individualizada y seguimiento; no suspender sin supervisión.
Determinantes sociales	Pobreza, violencia, empleo, vivienda y discriminación influyen en riesgo y recuperación.	Combinar cuidado clínico con respuestas psicológicas, familiares, sociales y comunitarias.

Dominio	Hallazgo principal	Implicación
Decisión compartida	La participación puede mejorar la experiencia de decisión, aunque varios desenlaces mantienen evidencia incierta.	Ofrecer información comprensible, alternativas y revisión de la decisión.
Derechos y comunidad	Los marcos OMS/OPS promueven servicios comunitarios y centrados en la persona.	Usar medicamentos como parte de un plan integral, con mínima coerción y máxima autonomía.

Nota: síntesis elaborada a partir de las fuentes incluidas en esta revisión; no constituye una guía de prescripción ni sustituye la evaluación profesional.

4. DISCUSIÓN

Los resultados sostienen una posición equilibrada. Los psicofármacos no son únicamente instrumentos de control ni soluciones completas para el sufrimiento. Son tecnologías terapéuticas con capacidad de producir beneficio y daño, cuyo significado depende de indicación, relación clínica, alternativas disponibles y contexto social. El criterio central no debería ser estar a favor o en contra de la medicación, sino maximizar beneficio, reducir daño y preservar autonomía.

La sobremedicalización puede reconocerse por varias señales: uso de una etiqueta diagnóstica sin evaluación contextual; prescripción automática ante malestares transitorios; ausencia de objetivos medibles; tratamiento prolongado sin revisión; polifarmacia sin justificación explícita; efectos adversos normalizados; falta de información sobre discontinuación; y desplazamiento de intervenciones accesibles y pertinentes. Ninguna señal aislada demuestra mala práctica, pero su acumulación requiere revisión.

También existe infratratamiento. La crítica a la medicalización puede volverse dañina si genera estigma contra quienes usan medicación, impide acceso a tratamientos efectivos o atribuye todo sufrimiento a condiciones sociales. Las personas con trastornos graves pueden enfrentar discapacidad, riesgo y mortalidad evitables cuando los servicios no ofrecen intervenciones oportunas. En varios sistemas latinoamericanos la falta de medicamentos esenciales convive con prescripción inadecuada en otros sectores. Las políticas deben responder simultáneamente a ambos problemas.

La comunicación sobre mecanismos merece especial cuidado. Presentar la depresión como un simple desequilibrio químico puede ofrecer una explicación fácil, pero reduce incertidumbre de manera artificial. A la inversa, afirmar que la ausencia de un déficit serotoninérgico demostrado vuelve inútiles los antidepresivos confunde causalidad con efecto terapéutico. Una explicación honesta puede reconocer que los trastornos mentales son heterogéneos, que los mecanismos no están completamente establecidos y que la decisión se basa en evidencia clínica, perfil de riesgos y preferencias.

El seguimiento orientado a resultados puede contrarrestar la inercia. Antes de prescribir conviene acordar síntomas objetivo, funcionamiento esperado y periodo de reevaluación. Durante el tratamiento deben revisarse respuesta, eventos adversos, adherencia, costos, interacciones y objetivos personales. Si no existe beneficio suficiente, la continuación no debe justificarse solo porque el medicamento ya fue iniciado. Si existe beneficio claro y riesgo de recaída, una duración prolongada puede ser razonable y debe explicarse.

La decisión compartida enfrenta barreras estructurales. No basta con entregar un folleto si la consulta dura pocos minutos, las alternativas no están financiadas o el paciente teme coerción. La participación requiere continuidad, lenguaje comprensible, registro de preferencias y posibilidad real de cambiar el plan. En crisis graves pueden existir límites temporales, pero incluso entonces deben documentarse las razones, aplicar la alternativa menos restrictiva y restituir participación tan pronto sea posible.

Para Ecuador, una agenda de mejora debería combinar disponibilidad de medicamentos esenciales, farmacovigilancia, formación en prescripción segura, acceso a psicoterapias basadas en evidencia, integración de salud mental en atención primaria y fortalecimiento de redes comunitarias. También se necesitan datos nacionales actualizados sobre patrones de prescripción, duración, polifarmacia, discontinuación y experiencia de usuarios. Sin estos indicadores, la discusión oscila entre impresiones y evidencias de otros contextos.

Esta revisión tiene limitaciones. No fue sistemática, no estimó tamaños de efecto propios y reunió fuentes heterogéneas. Gran parte de la evidencia clínica proviene de países de ingresos altos, mientras que los estudios latinoamericanos disponibles no siempre son comparables. Las experiencias de usuarios muestran dimensiones que los ensayos no capturan, pero no permiten estimar prevalencias. Finalmente, las categorías “uso apropiado” y “sobremedicalización” requieren juicio clínico y ético; no pueden resolverse con un único indicador.

A pesar de estas limitaciones, la integración de evidencia clínica, social y normativa permite formular un principio operativo: el medicamento debe estar al servicio de un proyecto de recuperación definido con la persona. Cuando la prescripción sustituye la escucha, oculta determinantes o se mantiene sin revisión, la atención se empobrece. Cuando se usa con indicación clara, seguimiento, alternativas y consentimiento, puede ampliar autonomía y participación social.

5. CONCLUSIONES

La relación entre medicalización, salud mental y psicofármacos es compleja. Los medicamentos pueden aliviar síntomas, prevenir recaídas y contribuir a la recuperación, pero también producir efectos adversos, discontinuación difícil y tratamientos prolongados por inercia. El riesgo de sobremedicalización aumenta cuando el sufrimiento se interpreta fuera de su contexto, la medicación se convierte en la única respuesta disponible y la persona participa poco en las decisiones.

Una práctica responsable debe diferenciar trastorno, reacción a la adversidad y riesgo inmediato; establecer objetivos individualizados; explicar beneficios, daños e incertidumbres; revisar periódicamente cada fármaco; planificar cualquier retirada de forma gradual y supervisada; y garantizar intervenciones psicológicas, sociales y comunitarias. La atención basada en derechos no exige abandonar los psicofármacos, sino situarlos dentro de un cuidado más amplio, proporcional y humano.

Para los sistemas de salud latinoamericanos, incluido Ecuador, el desafío es doble: asegurar acceso equitativo a tratamientos necesarios y prevenir su uso automático o descontextualizado. Avanzar requiere datos locales, farmacovigilancia, protección financiera, atención primaria fortalecida, servicios comunitarios y participación efectiva de usuarios y familias. El criterio final no es cuántas recetas se

emiten, sino si la intervención mejora la vida de la persona sin reducir su experiencia a un diagnóstico o a una molécula.

DECLARACIONES EDITORIALES

Contribución de autoría: Gema Dioselina Anchundia Talledo es la única autora y responsable integral del artículo.

Conflictos de intereses: la autora declara que no existen conflictos de intereses.

Financiamiento: la autora declara que el trabajo no recibió financiamiento.

Aprobación ética: no aplica al diseño de revisión narrativa; no se utilizaron participantes ni datos individuales.

Disponibilidad de datos: no se generaron conjuntos de datos primarios.

Uso de inteligencia artificial: el manuscrito fue reconstruido con asistencia de inteligencia artificial para búsqueda orientativa, estructuración y revisión lingüística. Las fuentes fueron verificadas editorialmente. La autora aprobó el contenido y asume la responsabilidad científica y de autoría de esta versión corregida.

Licencia: Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Pedrero, L., Bes-Rastrollo, M., & Marti, A. (2019). Effects of antidepressant and antipsychotic use on weight gain: A systematic review. *Obesity Reviews*, 20(12), 1680-1690. <https://doi.org/10.1111/obr.12934>
- Bandarra, A., Costa, C., Angelova, K., Leonardo, L., & Espírito-Santo, M. (2024). Exploring adverse drug reactions in psychotropic medications: A retrospective analysis of Portuguese pharmacovigilance data. *Healthcare*, 12(8), 808. <https://doi.org/10.3390/healthcare12080808>
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, 39(5), 759-774. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538>
- Camino, A., Chávez, C., Hernández, V., Villarroel, C., Romero Romero, P., & Guevara, C. (2017). Análisis económico del costo de los medicamentos usados en patologías psiquiátricas: el tercio de los ingresos de un paciente se consumen en fármacos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 42(2). https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v42i2.1497
- Castro, M. A. (2024). El psicofármaco en Chile: entre el tratamiento psiquiátrico, los efectos adversos y el sufrimiento psíquico. *Rumbos TS*, 19(33), 105-134. <https://doi.org/10.51188/rrts.num33.933>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357-1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92-107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Duncan, E., Best, C., & Hagen, S. (2022). Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD007297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007297.pub3>

- Ferreira, J., Rossi, F., Jirón, M., de Lima, I., Siani-Morello, M., Detoni, V., & Leira, L. (2021). Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(1), e00060520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060520>
- Henssler, J., Schmidt, Y., Schmidt, U., Schwarzer, G., Bschor, T., & Baethge, C. (2024). Incidence of antidepressant discontinuation symptoms: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 11(7), 526-535. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00133-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00133-0)
- Hofmann, B. (2016). Medicalization and overdiagnosis: Different but alike. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19, 253-264. <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9693-6>
- Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M., Peter, N., Arndt, T., Bäckers, L., Rothe, P., Cipriani, A., Davis, J., Salanti, G., & Leucht, S. (2019). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 394(10202), 939-951. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31135-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31135-3)
- Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 119-128. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), 2063-2071. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60239-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60239-6)
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Maund, E., Stuart, B., Moore, M., Dowrick, C., Geraghty, A. W. A., Dawson, S., & Kendrick, T. (2019). Managing antidepressant discontinuation: A systematic review. *Annals of Family Medicine*, 17(1), 52-60. <https://doi.org/10.1370/afm.2336>
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28, 3243-3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53027>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *Salud mental: perfil del país - Ecuador*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-ecuador>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., Rahman, A., Saraceno, B., Sarkar, B. K., De Silva, M., Singh, I., Stein, D. J., Sunkel, C., & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Villalobos-Madriz, J. A., Serrano-Arias, B., Arguedas-Chacón, S., Zavaleta-Monestel, E., Rodríguez-Miranda, R., Chaverri-Fernández, J. M., & Covarrubias-Gómez, A. (2023). Prescribing trends in psychotropic medications among outpatients of a Latin American healthcare setting: A five-year retrospective study. *Cureus*, 15(4), e37832. <https://doi.org/10.7759/cureus.37832>