CESSUMEX Revista de Investigación Educativa

VOL. 2 · NÚM. 2 · NOVIEMBRE 2026

ISSN 3061-7421 · cessumex.org

ARTÍCULO

https://doi.org/10.68951/40ba-dd26

PÁGINAS 88–107

La trastornación de la vida: cuando los problemas de la vida se convierten en «trastornos mentales»

The Disordering of Life: When Life Problems Become “Mental Disorders”

Carlos Eduardo González Gómez

Universidad Veracruzana, Xalapa, México

ORCID 0009-0002-1902-3096

Correo de correspondencia cegg93.2023@gmail.com

Cristian Alejandro Herrera Camarena

Instituto Tecnológico de Sonora, México

ORCID 0009-0001-0357-8014

Recibido 2 de noviembre de 2026

Fecha de corrección 14 de noviembre de 2026

Fallo editorial Emitido

Cómo citar González Gómez, C. E. y Herrera Camarena, C. A. (2026). La trastornación de la vida: cuando los problemas de la vida se convierten en «trastornos mentales». *CESSUMEX. Revista de Investigación Educativa, 2*(2), 88–107.

Resumen

Este artículo examina críticamente la tendencia a interpretar dificultades cotidianas e interpersonales mediante el lenguaje de los trastornos mentales. Distingue tres procesos relacionados: la patologización, la psiquiatrización y lo que los autores denominan «trastornación de la vida». El análisis aborda cómo el predominio de las categorías diagnósticas puede desplazar preguntas sobre las circunstancias en que ocurre el comportamiento, sus consecuencias y las responsabilidades en las relaciones interpersonales. Los autores distinguen explicar una conducta de justificarla o evaluar sus efectos. El artículo plantea analizar las condiciones concretas del sufrimiento y del comportamiento antes de recurrir a una explicación clínica, reconociendo la pertinencia de la atención especializada cuando corresponde.

Palabras clave: patologización, psiquiatrización, salud mental, problemas de la vida, relaciones interpersonales

Abstract

This article critically examines the tendency to interpret everyday and interpersonal difficulties through the language of mental disorders. It distinguishes three related processes: pathologization, psychiatrization, and what the authors call the “disordering of life.” The analysis considers how the dominance of diagnostic categories can displace questions about the circumstances of behavior, its consequences, and responsibilities in interpersonal relationships. The authors distinguish explaining behavior from justifying it or assessing its effects. The article calls for examining the conditions of distress and behavior before adopting a clinical explanation, while recognizing the value of specialist care when appropriate.

Keywords: pathologization, psychiatrization, mental health, everyday problems, interpersonal relationships

Introducción

Hay algo peculiar en la manera en que actualmente hablamos de la vida: cada vez parece ser más necesario traducirla al lenguaje de la "salud mental". Una persona está triste y se pregunta si tiene depresión; otra se irrita con facilidad y sospecha que tiene un problema de regulación emocional; alguien mantiene una relación conflictiva y busca identificar el "trastorno" que podría explicar o justificar su comportamiento o el de su pareja. Un individuo incumple compromisos, miente, humilla a los demás o mantiene conflictos constantes, y la conversación termina orientándose hacia las supuestas "condiciones psicológicas" que estarían detrás de sus acciones: "narcisismo", "trastorno maniacodepresivo", "impulsividad", entre otras categorías.

En el terreno médico ocurre algo distinto, aunque relacionado: un problema psiquiátrico se presenta como una enfermedad, con síntomas, causas y criterios que pretenden delimitarlo como una condición clínica. Sin embargo, este esquema explicativo se ha extendido a problemas que no necesariamente corresponden al mismo orden de fenómenos. Los llamados "problemas psicológicos" pueden involucrar conflictos morales, interpersonales y dificultades en las relaciones que una persona mantiene consigo misma y con los demás; por ello, las denominadas "anomalías del comportamiento" no necesariamente pueden comprenderse mediante el mismo tipo de relaciones causales que se utilizan para explicar las enfermedades corporales. La pregunta ya no parece ser únicamente qué ocurrió, cómo se comportó alguien, en qué condiciones lo hizo o qué consecuencias produjo su comportamiento a corto, mediano y largo plazo. También se pregunta qué "problema psicológico" tiene, qué diagnóstico podría explicar su comportamiento y qué intervención clínica podría modificarlo o "curarlo".

Esta transformación no es trivial. El lenguaje mediante el cual describimos los problemas no es un asunto meramente terminológico: también delimita qué aspectos de una situación consideramos relevantes, qué explicaciones aceptamos y qué soluciones imaginamos posibles. Sin embargo, ¿qué sucede cuando el lenguaje de la llamada "salud mental" deja de ser una alternativa para comprender ciertos problemas y comienza a presentarse como el marco exclusivo para interpretar prácticamente cualquier dificultad humana o problema de la vida? ¿En qué momento la tristeza deja de ser una experiencia relacionada con lo que alguien está viviendo y se convierte, ante todo, en un supuesto indicador de una alteración neurobiológica? ¿Cuándo un conflicto interpersonal deja de discutirse en términos de respeto, reciprocidad, compromisos y responsabilidades para convertirse en una búsqueda de síntomas y diagnósticos de "trastornos mentales"? ¿Qué ocurre cuando una conducta injusta se interpreta exclusivamente como manifestación de un problema clínico? ¿En qué momento la discusión sobre las condiciones que producen el sufrimiento, las acciones realizadas y sus consecuencias queda aislada por la búsqueda de una explicación farmacológica? ¿La discusión termina reducida al derecho a recibir drogas psiquiátricas?

Estas preguntas no implican negar la existencia de los llamados "trastornos mentales", desconocer el sufrimiento humano ni cuestionar la utilidad de la atención clínica cuando resulta pertinente. El problema que aquí se plantea es otro: la tendencia a convertir la explicación clínica en una interpretación general de la vida, incluso cuando los problemas involucrados no requieren necesariamente una explicación o intervención psicológica o psiquiátrica. Hay problemas de la vida que no constituyen "trastornos", que no requieren un diagnóstico y que tampoco demandan, por definición, una intervención especializada. Algunos requieren modificar las condiciones en las que ocurren; otros exigen revisar las relaciones interpersonales, las prácticas institucionales o las consecuencias de determinadas acciones.

El objetivo de este artículo es examinar críticamente esta tendencia mediante tres procesos relacionados, pero conceptualmente diferentes: la patologización, la psiquiatrización y lo que se propone denominar trastornación de la vida. Asimismo, se argumenta que esta expansión del discurso clínico puede eclipsar la discusión sobre los problemas interpersonales y morales, debilitando la distinción entre explicar una conducta, justificarla y evaluar sus consecuencias. Desde una perspectiva crítica, se plantea la necesidad de recuperar el análisis de las condiciones en las que ocurre el comportamiento y de evitar que las categorías clínicas se conviertan en explicaciones anticipadas de aquello que todavía necesita ser examinado.

ISSN 3061-7421 · cessumex.org

1. La “salud mental” como lenguaje general de la vida

La expresión “salud mental” ha adquirido una amplitud considerable. Puede referirse a condiciones psiquiátricas, experiencias emocionales, bienestar, dificultades de adaptación, problemas de convivencia, relaciones familiares, desempeño escolar, conflictos laborales y situaciones de sufrimiento asociadas con circunstancias sociales. En tal sentido, existen numerosas dificultades humanas, conflictos personales e interpersonales, situaciones sociales y problemas de la vida (Peña, 2023) que no tienen por qué resolverse mediante la intervención de algún “especialista”, incluido el psicólogo. Se quiera o no reconocer, la clasificación psiquiátrica incorpora juicios morales, sociales y éticos (Szasz, 2005). Una conducta puede considerarse problemática en función del contexto, pero eso no la convierte automáticamente en una “enfermedad mental”, un “trastorno mental” o cualquier otra categoría que incluya el término “mental”. Por tanto, es necesario examinar los criterios utilizados para establecer dichas clasificaciones, la justificación de esos criterios y, particularmente, si permiten distinguir entre la descripción de la conducta y su valoración social. Confundir ambos niveles puede llevar a presentar como una condición clínica lo que, en determinadas circunstancias, constituye una conducta socialmente desaprobada o un comportamiento que entra en conflicto con ciertas normas.

No obstante, también se debe precisar que esta amplitud no es necesariamente problemática. El concepto puede facilitar el reconocimiento de dificultades que anteriormente eran ignoradas, favorecer el acceso a servicios de salud y contribuir a que determinadas formas de sufrimiento no sean descalificadas o minimizadas. El problema aparece cuando la amplitud del concepto se confunde con una capacidad explicativa ilimitada y favorece la expansión de las categorías diagnósticas o el sobrediagnóstico (e.g., Liao & Fombonne, 2026). Que una experiencia pueda tener consecuencias para la “salud mental” no significa que su explicación deba ser necesariamente psicológica o psiquiátrica; que una persona experimente malestar tampoco demuestra que exista un “trastorno mental”; que una persona sienta un “vacío existencial” no significa que requiera una droga psiquiátrica; y que una situación requiera atención no significa que dicha atención deba adoptar exclusivamente la forma de una intervención clínica. Una dificultad económica puede producir angustia, una relación injusta puede generar tristeza, un ambiente laboral hostil puede favorecer el deterioro del bienestar y un conflicto familiar puede producir enojo y frustración; pero el malestar experimentado en estas y otras situaciones no transforma

automáticamente las condiciones económicas, la injusticia, la hostilidad laboral o el conflicto familiar en "trastornos mentales", ni convierte al psicólogo o al psicoterapeuta en una figura necesariamente requerida para resolverlos. El malestar puede ser una consecuencia de las condiciones en las que vive una persona, sin que ello implique que la explicación del problema deba localizarse en ella.

El sufrimiento de una persona no constituye, por sí mismo, una prueba de que el problema se encuentra en ella; en muchas ocasiones, el discurso de la "salud mental" puede desviar la atención desde las condiciones que producen o mantienen un problema hacia las experiencias individuales de quienes lo enfrentan. La pregunta por las condiciones de vida puede terminar sustituida por la pregunta sobre la capacidad individual para adaptarse a ellas. Así, una situación que requiere modificar relaciones, prácticas institucionales o condiciones materiales puede convertirse, de manera equívoca, en una invitación a trabajar sobre la regulación emocional, la llamada "resiliencia" o las habilidades de afrontamiento de quienes la padecen. Aquí, el problema no es que estas habilidades carezcan de utilidad; el problema es que se conviertan en el objeto prioritario de intervención mientras permanecen intactas las condiciones que producen o mantienen la dificultad. Verbigracia, si una persona solicita atención psicológica y expresa como motivo de consulta que no encuentra empleo, lo más honesto que podemos hacer es reconocer que ninguna cantidad de sesiones puede, per se, generar un puesto de trabajo. Convertir la falta de empleo en un asunto de regulación emocional o prolongar la atención como si el problema pudiera resolverse exclusivamente en el "espacio terapéutico" supone llevar la atención de una condición material hacia la persona que la padece. Un psicólogo realmente honesto no lucra con el sufrimiento y la vulnerabilidad de nadie. Hay problemas de la vida que no se resuelven con "terapia", y reconocerlo y hacérselo saber al consultante también forma parte de una práctica profesional responsable.

2. Patologización: cuando los problemas de la vida se convierten en síntomas

La patologización puede entenderse como un proceso mediante el cual experiencias, comportamientos o dificultades comienzan a interpretarse predominantemente en términos de "enfermedad", "alteración" o "patología" (Starcevic, 2026; Billieux et al., 2015). No se trata de que todo reconocimiento de un "problema psicológico" sea patologizante, ni de que toda evaluación constituya, por definición, una práctica inadecuada; el problema aparece cuando la interpretación clínica deja de ser una posibilidad que debe examinarse y

se convierte en una respuesta anticipada. Regularmente, una persona experimenta tristeza después de una ruptura sentimental; otra se frustra cuando sus expectativas no se cumplen como esperaba; alguien tiene dificultades para aceptar críticas; una persona mantiene desacuerdos frecuentes con sus familiares; y un largo etcétera. Aunque estas experiencias puedan resultar desagradables o producir consecuencias desfavorables, no existe razón para convertirlas automáticamente en indicadores de una alteración. Antes de recurrir a una categoría clínica, resulta necesario examinar las condiciones en las que ocurren y, cuando corresponda, modificar aquellas que participan en su producción y mantenimiento. El malestar no constituye, por sí mismo, una evidencia de "patología".

Sin embargo, ninguna de estas experiencias permite concluir, por sí sola, que exista un "trastorno". La patologización aparece cuando la posibilidad de una explicación clínica se convierte en la explicación preferente, haciendo a un lado otras preguntas necesarias para comprender qué ocurre y determinar cómo intervenir: ¿qué ocurrió?, ¿qué condiciones estaban presentes?, ¿qué hizo la persona?, ¿qué consecuencias tuvo su comportamiento a corto, mediano y largo plazo?, ¿qué aspectos de la situación dependen de otras personas?, ¿qué cambios podrían modificar el problema? La dificultad es que, cuando una experiencia se presenta como síntoma, la atención puede orillar hacia su eliminación sin examinar suficientemente las circunstancias en las que ocurre. De esta manera, el síntoma termina adquiriendo mayor relevancia que la situación en la que se presenta, y la intervención puede concentrarse en modificar lo que la persona siente o hace sin establecer primero qué condiciones participan en ello.

En tal sentido, la tristeza se convierte en algo que debe desaparecer, independientemente de aquello que la produce; el enojo puede interpretarse como una alteración neurológica que debe regularse, incluso cuando constituye una respuesta a un trato injusto; la frustración puede considerarse un problema de tolerancia al malestar, aunque las expectativas frustradas involucren condiciones que deberían modificarse. No toda experiencia desagradable es una alteración que deba corregirse; algunas experiencias desagradables forman parte de la vida. La crítica a la patologización del comportamiento no consiste en negar la posibilidad de que una experiencia sea relevante, ni en descartar que algunas requieran atención especializada; consiste en cuestionar que su relevancia clínica pueda establecerse al margen de las condiciones concretas en las que ocurre el comportamiento. Cuando se omiten esas condiciones, se corre el riesgo de convertir en un problema del

individuo aquello que también debe examinarse como resultado de las relaciones que mantiene con su entorno.

3. Psiquiatrización: la expansión de las explicaciones médicas

La psiquiatrización puede analizarse como la expansión de las categorías y explicaciones psiquiátricas hacia ámbitos de la vida que anteriormente se interpretaban mediante otros lenguajes: educativo, social, moral, jurídico o interpersonal. El lenguaje psiquiátrico se utiliza para clasificar determinadas acciones como “psicopatológicas”; de este modo, una conducta comienza a interpretarse mediante categorías médicas que incorporan juicios sobre lo aceptable y lo inaceptable desde determinados criterios sociales y morales (Szasz, 2004). El planteamiento es sencillo: una etiqueta diagnóstica no puede funcionar, per se, como demostración de enfermedad. Las instituciones que participan en la clasificación y regulación del comportamiento tampoco son ajenas a intereses políticos, económicos y sociales. Quien tiene autoridad para definir una conducta como “patológica” participa en la construcción de las condiciones bajo las cuales esa conducta será interpretada y tratada. Por ello, resulta imprescindible que las categorías diagnósticas sean sometidas a un examen conceptual y empírico, en lugar de aceptarse como válidas por la sola autoridad de quien las enuncia.

La psiquiatría ha clasificado determinados comportamientos como síntomas de enfermedades cuya base orgánica no siempre ha podido establecerse mediante evidencia independiente de la propia interpretación diagnóstica; formas de expresión consideradas extrañas, incomprensibles o socialmente desaprobadas se han convertido en indicios de una “enfermedad mental” (Castro, 2024; Ribes, 2023; Caponi, 2018; Szasz, 1970). Verbigracia, en el caso de la esquizofrenia, denominada por Szasz símbolo sagrado de la psiquiatría, Bleuler (1911) reconocía que una expresión lingüística podía ser formalmente correcta y formular argumentos convincentes y, aun así, considerar patológico el contenido del pensamiento expresado. En este sentido, Szasz (1970) argumenta que el diagnóstico puede mantenerse incluso cuando la conducta observada no demuestra, por sí misma, una alteración médica identificable. Esta afirmación ha sido cuestionada por investigaciones que documentan correlatos neurobiológicos asociados con la esquizofrenia (Keshavan et al., 2020). Sin embargo, la identificación de correlatos neurobiológicos no demuestra por sí misma que estos permitan establecer una base orgánica específica para cada diagnóstico individual, ni resuelve la controversia acerca del estatuto médico de la categoría diagnóstica. Cuando la

enfermedad se presupone como existente, las observaciones sobre la conducta pueden interpretarse como síntomas de esa enfermedad, y el propio diagnóstico termina proporcionando la justificación para intervenir. Así, la administración de drogas psiquiátricas puede quedar justificada por la categoría diagnóstica, aunque esta no constituya, por sí misma, evidencia de su eficacia terapéutica ni de los efectos que producirá en cada caso (e.g., Ribes, 2023; Lieberman, 2004).

La clasificación psiquiátrica puede producir consecuencias sociales que posteriormente parecen confirmar la supuesta condición del individuo. La etiqueta puede provocar rechazo; ese rechazo reduce las oportunidades de la persona y refuerza su posición marginal. El diagnóstico, por tanto, no funge únicamente como una descripción, sino que puede modificar las relaciones entre el individuo y su entorno, así como las oportunidades de participación que tiene disponibles. El vocabulario médico puede conferir una apariencia científica a juicios que tienen un contenido moral. Cabe cuestionarse entonces: ¿Es imprescindible regular la conducta? ¿Existen "trastornos mentales" que no requieran tratamiento farmacológico? Esto no implica afirmar que la intervención psiquiátrica carezca de utilidad. Sin embargo, tampoco puede ignorarse la expansión del consumo de drogas psiquiátricas ni los intereses económicos de una industria farmacéutica que obtiene beneficios de su comercialización. La existencia de estos intereses plantea una pregunta relevante: ¿en qué medida las condiciones económicas de la industria farmacéutica favorecen la continuidad de los tratamientos, incluso cuando determinados problemas podrían abordarse, al menos parcialmente, mediante modificaciones en las condiciones del entorno?

El diagnóstico, cuando es pertinente y está debidamente sustentado, puede ser una herramienta útil. Sin embargo, cuando se convierte en el punto de partida obligatorio, deja de funcionar únicamente como una descripción clínica y comienza a organizar la interpretación de la persona y de sus relaciones. Esto no significa que todo problema interpersonal sea ajeno a la llamada "salud mental", ni que toda evaluación psiquiátrica constituya una medicalización injustificada. El problema aparece cuando la posibilidad de diagnosticar se confunde con la necesidad de diagnosticar. En ese momento, la categoría clínica deja de ser una conclusión que requiere justificación y comienza a fungir como una respuesta anticipada frente a comportamientos y dificultades que los profesionales no saben cómo resolver.

Finalmente, y a manera de reflexión, Zisook et al. (2023) enfatizan que, en el caso de las "crisis suicidas agudas", la combinación de medicamentos con estrategias no farmacológicas basadas en evidencia puede contribuir a la atención de la persona. Este estudio, aunque hace mención de la clozapina como el único medicamento con evidencia específica en la prevención de las llamadas "conductas suicidas", enfatiza la utilización de una estrategia mejorada de gestión de la medicación, lo cual permite reconocer que la atención de una "crisis" no tiene por qué reducirse a la prescripción farmacológica. Este planteamiento es congruente con la crítica a la psiquiatrización indiscriminada del comportamiento: reconocer situaciones que requieren atención especializada no obliga a interpretar clínicamente cualquier dificultad de la vida.

4. Antecedentes históricos: la promesa terapéutica y el control institucional

Una perspectiva histórica permite observar que la psiquiatrización no se limita a la expansión de las categorías diagnósticas, sino que también comprende la legitimación de determinadas prácticas de intervención mediante el lenguaje de la eficacia terapéutica. En la reconstrucción histórica de la psiquiatría y la locura se describen procedimientos que, entre los siglos XVIII y XIX, llegaron a presentarse como tratamientos para la locura, entre ellos las sangrías, las purgas y los eméticos, la inducción de náuseas, el ampollamiento y los dispositivos giratorios. Posteriormente, se desarrollaron intervenciones como la lobotomía, el coma insulínico y distintas terapias convulsivas (Whitaker, 2010). Más allá de las diferencias entre estos procedimientos, el recorrido permite advertir que una práctica puede adquirir legitimidad bajo las teorías dominantes de su época y, aun así, producir sufrimiento, coerción o efectos iatrogénicos.

El mismo recorrido histórico ofrece un contrapunto importante: la reforma del trato institucional asociada con Philippe Pinel y Jean-Baptiste Pussin. La modificación de las condiciones de alojamiento, alimentación e higiene, así como la reducción del uso de cadenas y de medidas coercitivas, formó parte de una transformación en la manera de atender a las personas internadas. En el relato recuperado por Whitaker (2010), estos cambios estuvieron acompañados de modificaciones observables en la conducta de los internos. La relevancia de este antecedente para el argumento presente no consiste en idealizar el llamado “tratamiento moral”, sino en recordar que las condiciones institucionales y materiales participan en la configuración del comportamiento y no pueden tratarse como elementos secundarios frente a una supuesta alteración individual.

Esta revisión histórica no autoriza a establecer una equivalencia directa entre las prácticas de los siglos XVIII y XIX y los tratamientos psiquiátricos contemporáneos, ni permite concluir que toda intervención farmacológica sea ineficaz o injustificada. Su aporte es metodológico: la autoridad profesional y la denominación de una intervención como terapéutica no bastan, por sí solas, para demostrar su pertinencia. Es necesario examinar la evidencia disponible, los beneficios y riesgos, las alternativas, las condiciones de aplicación y los resultados para cada persona. En ese sentido, la historia constituye una advertencia frente a la aceptación acrítica de explicaciones e intervenciones que se presentan como científicas únicamente por la autoridad de quienes las proponen (Szasz, 2007; Whitaker, 2010).

5. La trastornación de la vida

Para describir este fenómeno, se propone el concepto de trastornación de la vida. Esta expresión refiere al proceso mediante el cual experiencias, dificultades y comportamientos propios de la existencia cotidiana comienzan a interpretarse predominantemente como manifestaciones de "trastornos mentales" o psiquiátricos. El concepto busca dar cuenta de una transformación en los criterios de inteligibilidad de la vida: aquello que antes podía comprenderse como una dificultad, un conflicto, una reacción o una forma de actuar situada comienza a adquirir significado bajo la categoría de "trastorno". La trastornación de la vida no es sinónimo de patologización ni de psiquiatrización. Aunque guarda relación con ambos procesos, su alcance conceptual es diferente. La patologización refiere a la atribución de un carácter patológico a experiencias o comportamientos (Starcevic, 2026; Billieux et al., 2015); la psiquiatrización refiere a la expansión de las categorías y explicaciones psiquiátricas hacia diferentes ámbitos de la vida (Ribes, 2023; Szasz, 1970). Por su parte, la trastornación de la vida permite identificar un proceso más amplio: la transformación de los criterios mediante los cuales las personas interpretan sus experiencias, explican sus comportamientos y comprenden sus dificultades cotidianas, cuando el lenguaje del "trastorno" adquiere una posición dominante. Mientras la patologización permite examinar la atribución de carácter "patológico" y la psiquiatrización la expansión de la jurisdicción psiquiátrica, la trastornación de la vida apunta a las consecuencias de esa expansión sobre la manera en que la existencia se vuelve comprensible para quienes la viven. Su objeto es, por tanto, la reorganización de las explicaciones disponibles y de las formas de nombrar, valorar y afrontar los problemas de la vida.

En este sentido, la trastornación de la vida no supone necesariamente que una persona reciba un diagnóstico formal. Puede ocurrir cuando alguien comienza a interpretar sus experiencias, sus relaciones y sus dificultades mediante un repertorio de categorías clínicas, incluso sin una evaluación profesional. Verbigracia: la persona ya no dice solamente que está triste, sino que sospecha que tiene un "trastorno depresivo"; no dice únicamente que tiene dificultades con su pareja, sino que considera que existe un "trastorno de la personalidad"; no dice que alguien la trató injustamente, sino que busca determinar qué "trastorno emocional" explica el comportamiento de quien la trató de esa manera. La cuestión no radica en que estas interpretaciones sean siempre incorrectas, sino en que la categoría clínica puede convertirse en la explicación inicial, privilegiada e incluso incuestionable, antes de examinar qué ocurrió, entre quiénes, bajo qué condiciones y con qué consecuencias. En estos casos, las categorías clínicas comienzan a funcionar como referencias para interpretar situaciones que también podrían examinarse a partir de las condiciones en que ocurren, las relaciones entre quienes participan y las consecuencias de sus acciones. La persona puede terminar describiendo su vida mediante categorías diagnósticas o "trastornos mentales" aun cuando no exista una evaluación clínica que justifique su utilización. El diagnóstico deja entonces de ser una conclusión derivada de un proceso de evaluación y comienza a operar como una hipótesis espontánea que organiza la percepción de la experiencia. La vida cotidiana se convierte en una especie de "expediente clínico informal": cada malestar parece exigir un nombre, cada conflicto una categoría y cada conducta una explicación "psicopatológica".

El concepto permite examinar una transformación en el lenguaje y en las prácticas mediante las cuales las personas comprenden su propia vida. No se trata de afirmar que las categorías clínicas sean necesariamente falsas. Se trata de preguntar por qué adquieren prioridad frente a otras interpretaciones posibles. Tampoco se sostiene que toda explicación clínica implique trastornación de la vida: el criterio relevante es la posición que ocupa frente a otras formas de comprensión y si su utilización permite examinar las condiciones concretas del problema o las clausura anticipadamente. En este sentido, la trastornación de la vida puede identificarse cuando la categoría clínica se convierte en una explicación inicial o dominante, organiza la interpretación de la experiencia y restringe la consideración de alternativas contextuales, interpersonales, institucionales o morales. La trastornación de la vida puede constituir, entonces, un proceso de reduccionismo interpretativo: una experiencia compleja se vuelve inteligible principalmente mediante categorías clínicas, mientras que sus

dimensiones sociales, interpersonales, institucionales y morales quedan relegadas o reciben una importancia secundaria. El problema adquiere relevancia cuando las personas comienzan a explicar lo que hacen, lo que sienten y lo que les ocurre a partir de supuestos “trastornos mentales”, en lugar de examinar las circunstancias concretas en las que participan. Así, el lenguaje biomédico puede convertirse en el repertorio dominante desde el cual se interpreta la existencia cotidiana, haciendo que conflictos, desacuerdos, dificultades y experiencias propias de la vida sean comprendidos prioritariamente como problemas de naturaleza clínica. La operación es intelectualmente cómoda: sustituye la indagación por la clasificación y ofrece una etiqueta donde todavía habría que reconstruir relaciones, condiciones, prácticas y responsabilidades. El problema de la vida queda traducido al vocabulario del “trastorno”, y esa traducción puede producir la ilusión de que comprenderlo consiste en nombrarlo.

6. La formación profesional y la reproducción de la autoridad diagnóstica

La expansión del lenguaje clínico tampoco ocurre únicamente en las conversaciones cotidianas o en los medios de comunicación; puede reproducirse mediante las formas en que se enseña y se representa socialmente la profesión psicológica. En un análisis documental sobre la oferta de licenciaturas en psicología en Hermosillo, se identificaron once programas y se reportó que, en el momento de la revisión, solo uno contaba con acreditación del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. El análisis distinguió esta acreditación del Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE): contar con este último no equivale, por sí mismo, a demostrar la calidad académica integral de un programa. Estos datos deben entenderse como un corte documental de la oferta examinada en 2025 y no como una evaluación individual de todos sus estudiantes o egresados (Herrera, 2025a).

La relevancia de este antecedente para el presente artículo se encuentra en la relación que aquel análisis establece entre la formación profesional y la concepción del psicólogo como “especialista” encargado de resolver problemas de “salud mental”. Cuando la enseñanza no delimita con claridad el objeto de estudio de la psicología, sus ámbitos de aplicación y los alcances de sus procedimientos, las categorías procedentes de la psiquiatría pueden incorporarse como vocabulario profesional sin un examen suficiente de sus fundamentos, criterios y límites. El uso laxo de etiquetas diagnósticas, o su aplicación a partir de comportamientos aislados y valoraciones de terceros, puede convertir una clasificación

clínica en un juicio anticipado sobre la persona. Así, la patologización deja de ser solamente una tendencia cultural y puede convertirse también en una práctica reproducida durante la formación y el ejercicio profesional (Herrera, 2025a).

Esta problemática puede prolongarse en la formación de posgrado y en la manera en que se presentan las credenciales profesionales. Un análisis posterior examinó el uso de másteres internacionales breves que se publicitan o se utilizan para que sus titulares se presenten como especialistas en áreas como la neuropsicología o la psicoterapia, aun cuando la formación referida no necesariamente cuenta con reconocimiento oficial en México o no equivale a un grado mexicano de maestría o especialidad. La distinción es importante: no todo título extranjero carece de validez, pues existen programas y mecanismos de reconocimiento; el problema aparece cuando una credencial cuyo alcance o reconocimiento no está acreditado se presenta como si habilitara automáticamente para ejercer una especialidad o realizar funciones para las que no se ha demostrado competencia suficiente (Herrera, 2025b).

La credencialización puede reforzar la autoridad con la que se emiten diagnósticos y se ofrecen intervenciones. En el análisis sobre los másteres no regulados se señala que la legitimación de estas prácticas no depende exclusivamente de quien se anuncia como “especialista”: también intervienen las instituciones formadoras, los organismos encargados de la supervisión, los medios y plataformas que difunden sus servicios y los usuarios que no siempre cuentan con información para comprobar el alcance de las credenciales. La trastornación de la vida puede, por tanto, verse reforzada por un entorno en el que el lenguaje diagnóstico no solo circula como forma de nombrar el malestar, sino que también funciona como signo de autoridad profesional y como argumento para ofrecer determinados servicios (Herrera, 2025b).

Considerar estas condiciones no implica descalificar la formación privada, los estudios internacionales, la especialización ni la evaluación clínica. Implica distinguir entre el reconocimiento oficial de un programa, la acreditación de su calidad, el grado académico efectivamente obtenido y las competencias que una persona puede demostrar. También supone reconocer los límites de la propia preparación y evitar que la posesión de una credencial se convierta en sustituto de la evaluación de competencias, la supervisión y la responsabilidad deontológica. En conjunto, los análisis sobre la formación de licenciatura y los títulos de posgrado permiten ampliar el problema: la expansión de las categorías clínicas

ISSN 3061-7421 · cessumex.org

puede ser sostenida por prácticas educativas y profesionales que confieren autoridad a quienes las utilizan, incluso cuando el alcance de esa autoridad no ha sido suficientemente examinado (Herrera, 2025a, 2025b).

7. El comportamiento y las condiciones en las que ocurre

Las críticas previas requieren una alternativa conceptual. De lo contrario, corre el riesgo de limitarse a cuestionar las explicaciones clínicas sin ofrecer otra manera de examinar los problemas. En este punto, la psicología interconductual de Ribes y López (1985) permite recuperar la importancia de analizar el comportamiento en relación con las condiciones y relaciones en las que ocurre. Desde una perspectiva interconductual, el comportamiento no se comprende como la expresión de una entidad "interna" aislada de las circunstancias en las que la persona participa. Por el contrario, requiere examinar las relaciones que se establecen entre el individuo y las condiciones de su campo de interacción. Esta perspectiva permite cuestionar aquellas explicaciones que atribuyen automáticamente las dificultades a características psicológicas supuestamente alojadas en la persona, sin analizar las condiciones concretas en las que se comporta.

Verbigracia, decir que alguien tiene dificultades para relacionarse no explica todavía qué ocurre en sus relaciones; es necesario examinar con quién interactúa, qué hace, qué hacen los demás, cuáles son las condiciones de la interacción y qué consecuencias tienen las acciones de cada participante. Lo mismo ocurre cuando se habla de regulación emocional, tolerancia a la frustración o habilidades sociales; estas expresiones pueden ser útiles en determinados contextos, pero no sustituyen el análisis de los comportamientos concretos ni de las condiciones en las que se presentan. Desde el enfoque interconductual, la pregunta no consiste en localizar una "entidad interna" que supuestamente origina el problema, sino en identificar las relaciones y condiciones que participan en su configuración. Esto no implica negar la relevancia de las condiciones biológicas ni desconocer que ciertos problemas requieren atención especializada; implica cuestionar que una explicación centrada exclusivamente en el individuo pueda aceptarse antes de examinar las condiciones que participan en su comportamiento. La alternativa a la patologización no consiste en sustituir el diagnóstico por otra etiqueta, ni en atribuir todas las dificultades al entorno, sino en construir explicaciones que permitan identificar qué ocurre, bajo qué condiciones y qué modificaciones podrían producir resultados diferentes.

8. Wittgenstein y Tomasini: los problemas del lenguaje psicológico

Las contribuciones de Wittgenstein permiten cuestionar una suposición frecuente en el lenguaje psicológico: que las palabras que utilizamos para describir experiencias y comportamientos necesariamente representan "procesos internos ocultos". En investigaciones filosóficas (1953), Wittgenstein examina cómo el significado de las palabras se encuentra relacionado con su uso. Esta perspectiva resulta relevante para analizar expresiones como "tener ansiedad", "ser inseguro", "tener baja autoestima" o "ser emocionalmente inestable". El problema no es que estas expresiones carezcan de significado, sino asumir que nombran entidades o procesos cuya existencia y función explicativa pueden darse por sentadas, independientemente de las situaciones en las que se utilizan. Verbigracia, decir que alguien es inseguro puede significar que evita expresar opiniones, que solicita confirmación constantemente, que teme equivocarse o que tiene dificultades para tomar decisiones en determinadas circunstancias; pero estas conductas no son necesariamente equivalentes, ni permiten suponer que existe una "entidad interna" llamada inseguridad que funciona como causa común de todas ellas. Por ejemplo, afirmar que alguien humilla a sus compañeros porque tiene un problema de "autoestima" no resuelve necesariamente la explicación de su comportamiento; puede ser una hipótesis, pero requiere examinarse y no debe aceptarse como explicación por el simple hecho de utilizar una expresión "psicológica".

En este sentido, el análisis filosófico de Tomasini sobre los fenómenos psicológicos y el lenguaje permite profundizar en la crítica a los enredos conceptuales que aparecen cuando las expresiones psicológicas se interpretan como nombres de objetos o procesos ocultos. Una cosa es describir cómo se comporta una persona y otra muy distinta es postular una "entidad interna" para explicar ese comportamiento sin establecer qué aporta dicha explicación. Esta discusión adquiere especial relevancia al considerar el diagnóstico de Tomasini (2016) sobre la crisis conceptual de la psiquiatría. Él señala que persisten desacuerdos fundamentales acerca de qué constituye un problema psiquiátrico, cuál es exactamente el objeto de estudio de la disciplina y qué enfoque resulta apropiado para comprenderlo. La proliferación de modelos que compiten por explicar los problemas, orientar los diagnósticos y establecer tratamientos pone de manifiesto dificultades conceptuales que afectan la delimitación de los propios fenómenos psiquiátricos (Tomasini, 2016). Al contrastar el modelo médico con perspectivas psicosociales, señala que las historias

personales, los contextos y las diferencias entre individuos pueden ser relevantes para comprender un problema. En consecuencia, una explicación que generaliza a partir de una categoría diagnóstica puede resultar inadecuada cuando omite las circunstancias particulares de la conducta que pretende explicar. La utilización de una categoría no resuelve por sí misma los problemas conceptuales que implica determinar qué se está clasificando ni por qué debe interpretarse como un fenómeno psiquiátrico.

Un ejemplo de esta discusión se encuentra en la crítica de Bunge (2010) al psicoanálisis, particularmente a las explicaciones que recurren a entidades y "procesos mentales" sin proporcionar mecanismos comprobables que permitan establecer su relación con los fenómenos que pretenden explicar. Su crítica se dirige a la ausencia de pruebas empíricas suficientes y al distanciamiento respecto de la psicología experimental y la llamada neurociencia. También cuestiona la pretensión de explicar los fenómenos mediante postulados que no se someten a controles equivalentes a los exigidos en otras investigaciones científicas. Desde esta perspectiva, una explicación que puede acomodarse a cualquier resultado pierde capacidad para ser contrastada y difícilmente puede considerarse una explicación científica suficientemente fundamentada. La objeción de Bunge resulta pertinente en la medida en que obliga a distinguir entre la formulación de una explicación y la demostración de su capacidad explicativa. Que una teoría disponga de un vocabulario especializado, proponga entidades hipotéticas o produzca interpretaciones coherentes no garantiza que sus postulados correspondan con los fenómenos que pretende explicar. La plausibilidad narrativa no sustituye la contrastación, y la consistencia interna de una explicación tampoco constituye evidencia suficiente de su validez empírica.

Este cuestionamiento permite introducir una exigencia que también resulta pertinente para el análisis de las categorías clínicas: las explicaciones psicológicas y las intervenciones psicoterapéuticas deben someterse a evaluación empírica rigurosa. Sin embargo, la crítica al psicoanálisis no autoriza, por sí misma, a concluir que otras aproximaciones psicoterapéuticas presentan las mismas limitaciones. Tal inferencia requeriría examinar sus fundamentos, procedimientos y resultados de manera independiente. Esto incluye a las terapias de tercera generación (DBT, ACT, FAP…), cuya eficacia no debe darse por establecida únicamente por su denominación teórica o por los supuestos que las sustentan. Cada intervención debe evaluarse mediante evidencia pertinente a sus objetivos, procedimientos, población y condiciones de aplicación. La etiqueta de "terapia basada en evidencia" tampoco

puede funcionar como salvoconducto epistemológico: debe especificarse qué evidencia la respalda, qué resultados se han observado, frente a qué comparadores y con qué limitaciones. De lo contrario, la crítica a las explicaciones clínicas infundadas corre el riesgo de convertirse en una exigencia selectiva, rigurosa con las teorías que se rechazan y complaciente con aquellas que se consideran afines.

La crítica no consiste en negar que existan experiencias privadas, sino en cuestionar la idea de que toda conducta deba explicarse mediante "procesos internos" hipotéticos. Wittgenstein y Tomasini permiten, así, examinar la manera en que el lenguaje psicológico puede producir engendros conceptuales cuando se utiliza sin distinguir entre describir una conducta, atribuir una disposición y formular una explicación. Esta distinción resulta central para la crítica a la patologización: llamar "ansiedad" a una experiencia, "inseguridad" a una forma de comportamiento o "trastorno" a una dificultad no establece todavía qué ocurre, bajo qué condiciones ocurre ni qué permite explicar la categoría utilizada. El problema aparece cuando el nombre ocupa el lugar de la explicación y se acepta como suficiente aquello que precisamente tendría que ser objeto de análisis.

9. Los problemas interpersonales: cuando la clínica sustituye a la discusión moral

Uno de los efectos más relevantes de la expansión del discurso clínico es la posibilidad de que los problemas interpersonales se interpreten exclusivamente como "problemas psicológicos". V.gr.: una persona miente reiteradamente a su pareja, otra humilla a sus compañeros de trabajo, alguien incumple compromisos y responsabiliza a los demás, una persona "manipula" a sus amistades para conseguir lo que quiere. En estas situaciones, es posible preguntar por las condiciones que participan en el comportamiento, por la historia de las relaciones y por las consecuencias que mantienen determinadas prácticas. Sin embargo, también es necesario examinar las implicaciones de esas acciones para la convivencia. Mentir, humillar, incumplir compromisos o "manipular" a otras personas no son únicamente comportamientos que pueden describirse desde una perspectiva psicológica; también pueden involucrar cuestiones de honestidad, respeto, reciprocidad, responsabilidad y justicia. La explicación psicológica no sustituye automáticamente la evaluación moral. Si una persona humilla a otra, comprender las condiciones que participan en ese comportamiento no convierte la humillación en una conducta aceptable. Si alguien incumple un compromiso, identificar las circunstancias que dificultan su cumplimiento no elimina necesariamente la obligación de responder por sus consecuencias.

Asimismo, explicar por qué alguien hizo algo no equivale a justificar que lo haya hecho. Esta distinción es fundamental porque la interpretación clínica puede concentrar la discusión en la identificación de síntomas y dejar en segundo plano la conducta realizada y sus consecuencias para los demás. El problema no es que las personas deban ser juzgadas sin considerar sus circunstancias; el problema aparece cuando esas circunstancias se utilizan como una explicación suficiente que cierra la discusión sobre las responsabilidades involucradas. Una persona puede experimentar mucho sufrimiento y, al mismo tiempo, realizar comportamientos que perjudican a otras. Puede requerir atención psicológica y, a la vez, necesitar modificar sus prácticas interpersonales y responder por sus consecuencias. La responsabilidad no exige desconocer las condiciones de una conducta; exige precisamente no confundir su explicación con su justificación.

10. Autismo y tutoría sombra: el diagnóstico no determina por sí mismo el apoyo

Un ejemplo permite ilustrar estas distinciones: el autismo y la tutoría sombra en el ámbito universitario (González-Gómez, 2025). El diagnóstico de autismo puede ser relevante para comprender determinadas características de la participación de un estudiante y para orientar la identificación de ajustes razonables (González-Gómez, 2026a; 2026b; 2026c). Sin embargo, no determina por sí mismo qué apoyos requiere una persona, cuáles son pertinentes ni qué funciones deben cumplir. El diagnóstico puede aportar información, pero no contiene un programa de intervención ni establece, per se, las condiciones específicas en las que un estudiante podrá participar en las actividades universitarias. Convertirlo en una prescripción automática supone confundir una categoría diagnóstica con el análisis de una situación educativa concreta.

Supongamos que un estudiante autista enfrenta dificultades para comprender instrucciones académicas, organizar tareas, recuperar información de las clases o participar en determinadas actividades educativas. La respuesta institucional podría consistir en considerar que, por tratarse de un estudiante autista, necesita automáticamente un tutor sombra. Esta decisión sería insuficiente si no se examinan las condiciones concretas de su participación: las demandas de las experiencias educativas, el tipo de instrucciones que recibe, las actividades que debe realizar, las barreras institucionales y las habilidades que requiere para cumplir con sus responsabilidades académicas. La pregunta relevante no es qué apoyo corresponde, por definición, a un diagnóstico, sino qué condiciones están imposibilitando la participación del estudiante y qué modificaciones o apoyos permitirían

atenderlas. La tutoría sombra no debería definirse como una consecuencia automática del diagnóstico, sino como una propuesta de acompañamiento cuya pertinencia depende de las condiciones y necesidades de apoyo identificadas. Desde esta perspectiva, el tutor sombra no es un sustituto del estudiante ni una figura destinada a resolver indiscriminadamente sus dificultades. Su función puede consistir en facilitar el acceso a las instrucciones, apoyar el seguimiento de las actividades y la organización académica, así como favorecer el desarrollo de habilidades que permitan una participación más efectiva (González-Gómez, 2026b; González-Gómez, 2026d). Su intervención tendría que delimitarse a partir de objetivos funcionales, responsabilidades definidas y criterios que permitan valorar si el apoyo facilita la participación y la autonomía o si, por el contrario, genera dependencia innecesaria. La presencia permanente de un tutor tampoco puede asumirse como sinónimo de inclusión: un acompañamiento mal delimitado puede convertirse en una barrera adicional para la interacción directa del estudiante con docentes, compañeros y actividades académicas.

El ejemplo muestra que una categoría diagnóstica puede ser relevante sin constituir una explicación suficiente de las dificultades educativas ni determinar automáticamente una intervención. También permite reconocer que una institución puede utilizar el lenguaje de la inclusión y, al mismo tiempo, no proporcionar los apoyos que las condiciones concretas de participación requieren (Cruz-Morales & González-Gómez, 2025). La inclusión puede quedar reducida a una declaración institucional cuando el diagnóstico se utiliza como expediente de identificación, pero no se acompaña de un análisis de las barreras que enfrenta el estudiante ni de decisiones concretas sobre los ajustes necesarios. En ese escenario, la institución puede exhibir la presencia del estudiante como evidencia de inclusión mientras conserva intactas las condiciones que dificultan su participación. El problema no se resuelve atribuyendo todas las dificultades al estudiante ni convirtiendo el diagnóstico en una respuesta universal. Se requiere examinar las relaciones entre el estudiante, las actividades académicas y las condiciones institucionales. Este análisis permite considerar tanto las responsabilidades del estudiante como las de la institución, sin reducir la situación a una categoría clínica ni utilizarla para justificar la ausencia de ajustes y apoyos pertinentes. La responsabilidad institucional no consiste en asignar indiscriminadamente acompañantes, sino en identificar barreras, justificar los apoyos, definir sus funciones y evaluar sus efectos. De lo contrario, la tutoría sombra corre el riesgo de convertirse en una solución administrativa que individualiza

el problema educativo y deja fuera de discusión las condiciones universitarias que también deben modificarse.

11. ¿Qué alternativa queda?

Cuestionar la expansión desenfrenada del discurso de la "salud mental" no significa regresar a una época en la que el sufrimiento era ignorado, ridiculizado o atribuido exclusivamente a la falta de voluntad. Tampoco significa negar la existencia de "trastornos" ni rechazar la atención clínica. Significa reconocer que la vida contiene problemas que no pueden comprenderse adecuadamente mediante una interpretación exclusivamente clínica. Algunos problemas requieren atención neurológica o psiquiátrica; otros, intervención psicológica. Algunos exigen modificar condiciones sociales o institucionales; otros requieren cambios en las relaciones interpersonales, adquisición de habilidades, reparación de daños o cumplimiento de responsabilidades. También hay problemas en los que varias de estas dimensiones están involucradas y requieren respuestas coordinadas.

La alternativa consiste en evitar que una categoría explicativa se convierta en la respuesta anticipada a cualquier dificultad. Antes de preguntar qué "trastorno mental" tiene una persona, puede ser necesario examinar qué está ocurriendo; antes de atribuir una dificultad a una "condición psicológica", puede ser necesario analizar las condiciones en las que aparece; antes de recomendar una intervención clínica, puede ser necesario determinar si el problema requiere realmente una intervención de ese tipo; y antes de interpretar una conducta como síntoma, puede ser necesario reconocer que se trata de una acción realizada en una situación concreta, cuyas condiciones de ocurrencia y consecuencias para otras personas también deben examinarse.

Conclusiones

La expansión del discurso de la "salud mental" ha contribuido a reconocer experiencias de sufrimiento que anteriormente podían ser ignoradas. Sin embargo, también ha favorecido que un repertorio cada vez más amplio de problemas de la vida sea interpretado mediante categorías psiquiátricas. La patologización, la psiquiatrización y la trastornación de la vida permiten examinar diferentes dimensiones de este proceso. La primera destaca la atribución de un carácter patológico a experiencias y comportamientos; la segunda, la expansión de las explicaciones psiquiátricas hacia diversos ámbitos de la vida; y la tercera, la transformación de los criterios mediante los cuales las personas interpretan sus experiencias, explican su

comportamiento y comprenden sus dificultades cotidianas cuando el lenguaje del “trastorno” adquiere una posición dominante. La crítica adquiere especial relevancia cuando los problemas interpersonales se interpretan exclusivamente como problemas de “salud mental”. En estos casos, la explicación clínica puede hacer a un lado preguntas sobre el respeto, la reciprocidad, los compromisos y las responsabilidades involucradas en las relaciones humanas.

La comprensión de un comportamiento no elimina la necesidad de examinar sus consecuencias; la existencia de sufrimiento no convierte automáticamente en aceptables las acciones realizadas por quien lo experimenta; y la presencia de un diagnóstico no resuelve por sí misma los problemas que una persona mantiene con los demás. Los conflictos no son necesariamente “trastornos” y las conductas moralmente reprochables no dejan de serlo por el hecho de que puedan recibir una explicación psicológica o psiquiátrica. No todo problema de la vida es un problema de “salud mental”, no todo comportamiento requiere una explicación clínica y no toda explicación psicológica constituye una justificación. Desde una perspectiva crítica, comprender una situación exige examinar las relaciones entre el comportamiento y las condiciones en las que ocurre, así como sus consecuencias. Esto permite reconocer las dimensiones psicológicas, sociales, institucionales e interpersonales de los problemas sin reducirlas a una categoría diagnóstica.

Quizá la cuestión más importante no sea determinar cuántos problemas pueden incorporarse al discurso de la “salud mental”, sino recuperar la capacidad de distinguir cuáles requieren una explicación clínica, cuáles demandan modificaciones en las condiciones de vida, cuáles involucran problemas interpersonales y cuáles exigen discutir responsabilidades. En este punto, la reflexión de Wittgenstein (1953) sobre el significado y el uso del lenguaje permite ampliar el alcance del concepto de trastornación de la vida. Si el significado de una expresión se comprende atendiendo a su uso en las prácticas, la incorporación de términos como “ansiedad”, “trauma complejo”, “depresión” o “trastorno” al lenguaje ordinario merece examinarse por sus efectos en las formas de interpretar las experiencias. La trastornación de la vida puede comenzar con una modificación del vocabulario, cuando las personas adoptan categorías diagnósticas para nombrar dificultades cotidianas; pero su alcance puede extenderse a las prácticas cuando esas categorías se convierten en criterios para explicar las acciones propias y ajenas, interpretar los conflictos, tomar decisiones y responder ante las circunstancias. Porque cuando todo se convierte en un problema de “salud mental”, el riesgo

no consiste únicamente en que la vida sea patologizada; también consiste en que las categorías diagnósticas terminen organizando nuestra comprensión de la experiencia hasta hacer menos visibles otras formas de explicar y afrontar los problemas. Y, con ello, que terminemos buscando síntomas donde necesitamos explicaciones, tratamientos donde necesitamos cambios y diagnósticos donde también necesitamos discutir nuestras responsabilidades.

Referencias

Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of behavioral addictions*, *4*(3), 119-123. https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009

Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias.* https://philpapers.org/archive/BLEDPO-2.pdf

Bunge, M. (2010). *Las pseudociencias ¡vaya timo!* (R. González del Solar, Trad.; A. López Borgoñoz, ed.). Laetoli.

Caponi, S. (2018). La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. https://formacionpsicoterapia.com/wp-content/uploads/2025/02/La-psiquiatrizacion-de-la-vida-cotidiana.-El-DSM-5-y-sus-dificultades.pdf

Castro, M. A. (2024). Experiencias y transformaciones subjetivas: sufrimiento y coerción en el uso de psicofármacos en el tratamiento psiquiátrico en Chile. *Salud Colectiva*, *20*, e5388. https://doi.org/10.18294/sc.2024.5388

Cruz-Morales, L., & González-Gómez, C. (2025, octubre 22-24). *Efecto de la intervención del tutor sombra en estudiantes universitarios autistas. Estudio de caso único*. [Cartel]. XXXIV Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, Puerto Vallarta, Jalisco.

González-Gómez, C. (2025). Shadow tutoring for autistic university students: critical reflections. *Revista de Investigación Educativa, 1*(2), 119-138. https://cessumex.org/assets/cessumex-segunda-edicion.pdf

González-Gómez, C. (2026a). Análisis crítico del autismo desde el interconductismo: implicaciones conceptuales y educativas. *IPyE: Psicología y Educación. 20*(39), 49-61. https://www.uv.mx/ipe/files/2026/09/REVISTA-Vol.-20-No.-39-Enero-%E2%80%93-Junio-2026.pdf#page=54

González-Gómez, C. (2026b). From individual support to institutional debt: The role of the shadow tutor in the autism education continuum. *Revista de Investigación Educativa, 1*(4), 31-45. https://cessumex.org/assets/cessumex-cuarta-edicion.pdf

González-Gómez, C. (2026c). Más allá de la psiquiatrización: una intervención dialéctico-conductual centrada en mecanismos de cambio para abordar el comportamiento suicida en adultos autistas. Caso guía. En E. Medina (Ed.), *Mecanismos de cambio en las psicoterapias conductuales y contextuales aplicadas al comportamiento suicida*. Naviero Instituto de Ciencias y Desarrollo de Competencias Profesionales. ISBN: 978-607-69447-0-7

González-Gómez, C. (2026d). Efecto del tutor-sombra en un estudiante universitario autista: Estudio de caso en la Universidad Veracruzana. *UVserva*, *22*. https://doi.org/10.25009/hfp10m23

Herrera, C. A. (2025a). La crisis de las licenciaturas en psicología en Hermosillo: Desregularización, confusión conceptual, psicopatologización y mala praxis en la formación y ejercicio profesional. *Cessumex. Revista de Investigación Educativa, 1*(2), 42–78. https://cessumex.org/assets/cessumex-segunda-edicion.pdf#page=42

Herrera, C. A. (2025b). Másteres internacionales no regulados en psicología: Un análisis ético-deontológico sobre usurpación y riesgo profesional en México. *Cessumex. Revista de Investigación Educativa, 1*(3), 4-21. https://cessumex.org/assets/articulos/cessumex-tercera-edicion-5.pdf

Keshavan, M. S., Collin, G., Guimond, S., Kelly, S., Prasad, K. M., & Lizano, P. (2020). Neuroimaging in Schizophrenia. *Neuroimaging clinics of North America*, *30*(1), 73-83. https://doi.org/10.1016/j.nic.2019.09.007

Liao L, & Fombonne, E. (2026). Autism Overdiagnosis and Its Harmful Effects. *JAMA Pediatr.180*(7): 711-712. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2026.0400

Lieberman J. A. (2004). Metabolic changes associated with antipsychotic use. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, *6*(Suppl 2), 8–13. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC487012/

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

Ribes, E. (2023). *Teoría de la psicología: reflexiones últimas*. Co-presencias Editorial.

Ribes, E., & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. Trillas.

Starcevic, V., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2026). La patologización de la vida cotidiana como adicción conductual. En J. Billieux, A. Rial Boubeta, A. Nogueira López, y F. Pascual Pastor (Coords.), *Manual de Conductas Adictivas sin Sustancia.* 47-64. unirioja.es

Szasz, T. (1970). *Ideología y enfermedad mental*. (L. Wolfson, Trad.). Amorrortu Editores.

Szasz, T. (1974*). Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría*. Premia Editores.

Szasz, T. (2004). *El mito de la psicoterapia*. Ediciones Coyoacán.

Szasz, T. (2005). *La fabricación de la locura: Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. Editorial Kairós. (Trabajo original publicado en 1970).

Szasz, T. (2007). *The medicalization of everyday life: Selected essays.* Syracuse University Press.

Tomasini Bassols, A. (2016). *Filosofía, conceptos psicológicos y psiquiatría*. Herder.

Whitaker, R. (2010). *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill.* Basic Books.

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. Blackwell.

Zisook, S., Domingues, I., & Compton, J. (2023). Pharmacologic Approaches to Suicide Prevention. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, *21*(2), 137–144. https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220076