



La necropolítica de la depresión en los estados terapéuticos

The necropolitics of depression in therapeutic states

José Eduardo Lazo Vela*

Recibido: 31 de julio de 2025

Aceptado: 16 de febrero de 2026

Publicado: 29 de junio de 2026

Resumen

La depresión constituye hoy un problema global en extremo medicalizado. Su diagnóstico, con frecuencia impreciso y reduccionista, no sólo tiende a patologizar el sufrimiento humano, sino que, al abordarse de forma exclusiva con paliativos farmacológicos, puede derivar en cuadros resistentes como la distimia. Este fenómeno, lejos de ser una simple recaída clínica, debe entenderse como una manifestación del fracaso del modelo médico hegemónico e, incluso, como una expresión necropolítica, en la medida en que gestiona qué vidas merecen ser vividas y cuáles pueden ser abandonadas al descuido. En este contexto, la medicalización de la vida no sólo produce dependencia y estigmatización, sino que también propicia condiciones que incrementan el riesgo de suicidio. Frente a esta lógica, emergen alternativas biocéntricas que abogan por comprender el sufrimiento psíquico desde sus dimensiones sociales, históricas y existenciales.

Palabras clave:

depresión, iatrogenia, crisis, suicidio, medicalización

Abstract

Depression currently constitutes a deeply medicalized global problem. Its diagnosis, often imprecise and reductionist, not only tends to pathologize human suffering, but also, when approached exclusively through pharmacological palliatives, can lead to resistant conditions such as dysthymia. This phenomenon, far from being a simple clinical relapse, should be understood as a manifestation of the failure of the dominant medical model and even as a necropolitical expression, insofar as it manages which lives are worthy of being lived and which may be abandoned to neglect. In this context, the medicalization of life not only produces dependency and stigmatization but also fosters conditions that increase the risk of suicide. Faced with this logic, biocentric alternatives emerge, advocating for an understanding of psychic suffering based on its social, historical, and existential dimensions.

Keywords:

depression, iatrogenesis, crisis, suicide, medicalization

* Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, División de Filosofía, Ciudad de México, México. <https://orcid.org/0009-0003-2110-8520>. Correo electrónico: lazovelajoseeduardo@gmail.com

Introducción

En la actualidad, atravesamos una pandemia global derivada de la precaria salud mental de nuestras sociedades. Este fenómeno ha desencadenado una crisis en un contexto globalizado y neoliberal, utilitarista y positivo (Han 2021, 23), donde la toma de decisiones se basa en el costo-beneficio, utilidad-rendimiento y en la mejora exponencial de las potencialidades humanas con fines de lucro. Esta dinámica, que prioriza el rédito sobre el cuidado, ha provocado repercusiones en la salud mental de las personas (Vázquez 2023, 1).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2025), la salud mental se refiere a un estado de bienestar en el cual una persona puede desarrollar sus capacidades, manejar las tensiones cotidianas, desempeñarse de manera productiva y aportar a su comunidad, siendo además consciente de sus propias aptitudes. Más allá de la simple ausencia de trastornos mentales, la salud mental es un estado dinámico que se manifiesta cada día mediante nuestras acciones e interacciones. Incluye el bienestar personal, la autonomía, la competencia, la colaboración entre generaciones, el reconocimiento de habilidades, así como la realización intelectual y emocional.

La depresión es un tema de salud mental. Hoy en día, la respuesta a este problema puede interpretarse desde la perspectiva necropolítica, un concep-

to desarrollado por el filósofo Achille Mbembe (2011), quien describe una racionalidad de poder que organiza y administra la muerte como técnica de dominación. Ésta se manifiesta tanto en actos masivos —como genocidios o políticas racistas— como en microprocesos de vida marcados por la precariedad. En salud mental, esto ocurre cuando sistemas políticos y económicos producen precariedad crónica, abandono terapéutico, estigmatización y violencia institucional que aumentan el riesgo de muerte autoinfligida para ciertos grupos. Este concepto es clave para entender formas contemporáneas de violencia estatal, estructural y cotidiana. Y puede entenderse también como las formas en que los gobiernos y las instituciones deciden quién vive y quién muere (Estévez 2020).

Mbembe (2011) amplía el marco de la biopolítica¹ de Michel Foucault (2011) para analizar cómo el poder soberano se ejerce no sólo sobre la vida, sino también a través de la producción de la muerte, gestionando qué vidas merecen ser vividas y cuáles pueden y deben ser eliminadas; las que son gestionadas por medio de la secularización: dispositivos tecnocientíficos, sistemas económicos, políticos, legales-administrativos que jerarquizan y sistematizan los efectos o las causas de las políticas de muerte.² Estas formas de poder se manifiestan de manera particular en contextos de guerra, colonialismo, racismo y violencia estructural. En este

1 La biopolítica es desarrollada por Michel Foucault, se refiere a los mecanismos utilizados por los gobiernos para gestionar y regular la vida de las poblaciones. Surge en el contexto del declive del poder soberano durante el siglo xvii, cuando la autoridad de los monarcas basada en el control territorial y el castigo corporal es reemplazada por nuevas formas de poder enfocadas en la vida misma. En la Edad Media y hasta el siglo xvii, el soberano tenía el derecho de "hacer morir y dejar vivir", ejerciendo poder sobre los cuerpos mediante la capacidad de infligir muerte.

2 En este caso los estudios sobre la relación entre las crisis económicas y la salud mental tienen su origen intelectual en la obra seminal de Émile Durkheim, *El suicidio* (1897), en la que sostenía que los cambios en la economía podían aumentar la patología psiquiátrica que potencialmente conducía al suicidio y señalaba que los fenómenos macroeconómicos podían tener efectos psicológicos significativos en los individuos (Zivin et al. 2011).

caso, se ha buscado solucionar el problema de la depresión mediante una violencia estructural producto de la globalización neoliberal, estigmatizadora y discriminatoria que la medicaliza, pero que no busca la salud integral de las personas.³ El neoliberalismo practica una necropolítica que insta un Estado terapéutico; este poder opera a través de los siguientes mecanismos:

1. La estigmatización de los trastornos mentales y el uso de fármacos como medio de paliación y control social en beneficio del rédito y el lucro, mas no de la salud integral.
2. La alianza entre Estado y el poder farmacéutico que permite un “Estado terapéutico”.
3. La institucionalización de la estigmatización y la violencia como mecanismos de gestión social.
4. La privatización del sufrimiento: el cuerpo vulnerabilizado es despojado de derechos y tratado como costo prescindible carente de valor intrínseco.

Este modelo necropolítico articula soberanía estatal con intereses privados para controlar poblaciones consideradas prescindibles, en especial en contextos de exclusión estructural y violencia (Arguedas et al. 2022, 4-5). En consecuencia, la necropolítica neoliberal configura un escenario donde la vida se precariza y ciertos cuerpos quedan expuestos a un sufrimiento crónico. En este contexto, la distimia —o trastorno depresivo persistente— se presenta como una manifestación paradigmática del fracaso

del modelo biomédico dominante. Ésta emerge cuando la respuesta a la depresión se limita a tratamientos paliativos farmacológicos, lo que genera formas resistentes y crónicas del malestar psíquico que no sólo perpetúan la dependencia y la estigmatización, sino que incrementan el riesgo de suicidio y exclusión social. En ese sentido, este trastorno emerge con un vínculo profundo a este régimen: persistente, invisible, culpabilizado y poco atendido, pero con una elevada asociación al suicidio. Tal vínculo exige políticas de salud pública integrales, inversión comunitaria y estrategias que reconozcan el origen sociopolítico del sufrimiento mental, evitando así reproducir su invisibilidad institucional.

El objetivo principal de este texto es analizar de forma crítica la depresión como un fenómeno global, abordándola desde una perspectiva bioética interdisciplinaria y feminista, fundamentada principalmente en las investigaciones de Paola Buedo (2022). Se busca evidenciar cómo el modelo biomédico hegemónico —al priorizar la medicalización y el uso de paliativos farmacológicos— no sólo patologiza el sufrimiento humano (Buedo 2022, 91-98), sino que también puede derivar en dinámicas de necropolítica. Asimismo, se analiza cómo este enfoque propicia la emergencia de formas de resistencia como la distimia, al tiempo que contribuye a la estigmatización, la generación de dependencia y, en contextos de vulnerabilidad extrema, al suicidio.

Metodología

Este artículo se inscribe en la categoría de trabajos teóricos con enfoque inter-

3 La salud integral, desde una perspectiva bioética, es entendida como un enfoque que abarca dimensión biológica, psicológica, social, ética, ambiental y de dignidad humana, promovida desde una óptica interdisciplinaria centrada en la práctica y respeto a los derechos humanos, la justicia social y el cuidado de la vida en su totalidad.

disciplinario, que abordan problemas bioéticos desde una perspectiva crítica. Se recurrió a una metodología cualitativa de análisis conceptual y documental, centrada en la interpretación crítica de fuentes primarias y secundarias, provenientes de las ciencias sociales, la bioética, la filosofía política y la salud mental. El abordaje se sustentó en una lectura transversal de autores clave como Achille Mbembe (2011), Michel Foucault (1996; 2006), Ivan Illich (1975) y Thomas Szasz (1974) con el fin de articular el concepto de necropolítica con el fenómeno de la depresión en el contexto de las sociedades neoliberales contemporáneas.

El análisis se estructuró bajo una lógica deconstructiva y argumentativa, orientada a identificar cómo ciertos dispositivos médicos, políticas públicas y enfoques biomédicos hegemónicos contribuyen a la clasificación, normalización y medicalización del sufrimiento psíquico, en detrimento de una atención ética centrada en la autonomía, la dignidad y la justicia social. Así mismo, se incorporaron datos de informes institucionales internacionales —como los del Mental Health Atlas (2024), el Informe Mundial sobre la Salud Mental de la OMS (2023) y del Global Forum on Bioethics in Research (2022)—, los cuales fueron examinados desde una lectura crítica bioética que busca problematizar la forma en que se gestionan los problemas de salud mental en relación con la lógica del mercado, la producción de subjetividades y la exclusión de alternativas biocéntricas y comunitarias.

Se privilegió un enfoque bioético feminista y biocéntrico, recuperando propuestas como la autonomía relacional y las capas de vulnerabilidad (Campbell 2000). Desde esta óptica, Paola Buedo y Florencia Luna (2021) evidencian la

necesidad de transformar las prácticas institucionales dominantes por otras que respondan a las condiciones socioculturales de los sujetos y que promuevan la justicia sanitaria, un concepto central de la bioética feminista. Lo anterior nos permite poner en valor aquellas condiciones que favorecen el proceso de toma de decisiones e identificar las que la lesionan, pues:

se desarrolla bajo el paradigma predominantemente biologicista de la medicina actual, donde se observa que la atención de los sujetos que padecen algún tipo de sufrimiento mental es simplificada. En definitiva, el acto profesional termina planteando una práctica médica que en general tiende a excluir, entre otros, los procesos ideológicos y sociales del propio ejercicio de la profesión (Buedo y Luna 2016, 253).

Esto es importante para el campo de la salud mental, porque el trato social y clínico de las personas que padecen sufrimiento mental tiende a ser estigmatizado, y esto puede entorpecer su agencia moral, por ello, es necesario un análisis contextual que tome en cuenta la relación dialéctica con sus circunstancias sociohistóricas específicas (Buedo y Silberman 2016). Este enfoque permite evaluar de manera crítica las consecuencias éticas de la yatrogenia farmacológica y el papel del Estado terapéutico (De Van 2022) en la gestión neoliberal del sufrimiento humano. Para ello se realizó una caracterización general de lo que es la necropolítica y en qué medida la gestión neoliberal la pone en práctica.

Así mismo se incorporó evidencia con datos de informes y reportes globales para explicar de qué manera se priorizan otros aspectos por sobre la vida, cómo se ejerce la medicalización —en algunos casos necesaria— no siempre

con fines de cuidado, sino de rédito y lucro, situándose por encima del valor intrínseco de la vida y la dignidad humana. Esto es relevante porque el neoliberalismo enfatiza el libre mercado, la autonomía, la competencia y la gestión individual del bienestar y la felicidad. Esta lógica neoliberal converge con el Estado terapéutico en una dimensión crítica: se desplaza el foco de condiciones sociales y estructurales hacia la interioridad del sujeto, etiquetando estados humanos como patologías por tratar. Esta medicalización individualizante puede ocultar factores como desigualdad, falta de apoyo comunitario o condiciones y circunstancias precarias.

Discusión y resultados

La depresión constituye uno de los principales desafíos contemporáneos para la salud mental. Su deterioro a escala global se debe, en gran medida, a su abordaje centrado de forma exclusiva en respuestas paliativas, lo que ha desencadenado graves consecuencias. Lejos de ser un fenómeno clínico, se trata de un asunto político y público que ha sido en profundidad medicalizado; sus repercusiones son tan severas que se estima que, para el 2030, la depresión será el trastorno mental de mayor prevalencia a nivel mundial (OMS 2001). Esta precaria situación de la salud mental global se expresa en múltiples y diversos factores psicosociales, que, al prolongarse y no ser atendidos con la oportunidad y la metodología adecuadas, actúan como detonantes y perpetuadores de patologías psiquiátricas. Si bien los costos económicos se traducen en pérdidas billonarias para gobiernos e industrias, el costo más devastador sigue siendo la pérdida de miles de vidas humanas.

Un problema resistente: ¿qué es la depresión?

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH 2024) define la depresión como un trastorno del ánimo prevalente que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y el desempeño de las actividades cotidianas. Sus manifestaciones principales son tristeza persistente, pérdida de interés y alteraciones del sueño o apetito, acompañados de fatiga, dificultades cognitivas, sentimientos de inutilidad o culpa, y, en casos críticos, ideación suicida. Si bien la depresión expresa diversas variantes, la que nos ocupa aquí es el trastorno depresivo persistente o distimia (Centro John M. Eisenberg 2012). Esta condición se caracteriza por el desarrollo de síntomas de depresión que se prolongan por al menos dos años. Se expresa con síntomas de psicosis (delirios o alucinaciones) y no se ha identificado una causa definitiva para este tipo de depresión. Los especialistas en salud mental consideran que puede estar relacionada con desequilibrios químicos en el cerebro (Johns Hopkins Medicine 2025). Diversos factores se han asociado a su desarrollo, entre ellos ambientales, psicológicos, biológicos y genéticos. Asimismo, existen vínculos entre la presencia de estrés crónico o experiencias traumáticas y esta condición. Aunque la distimia muestra un patrón hereditario, hasta el momento no se ha vinculado ningún gen específico con su aparición.

En su diagnóstico se observa que el paciente no responde a los tratamientos hegemónicos biomédicos; ha consumido más de dos medicamentos y tiene un diagnóstico clínico verificado, y no da signos positivos ante tratamientos convencionales como psicofármacos o terapia cognitivo conductual o electro-

shock. En consecuencia, puede quedar inmerso en una condición en la que la depresión es tratada de forma inadecuada y tiene repercusiones en la salud mental, ya que los Estados actuales procuran un positivismo exacerbado que prioriza el rendimiento y la utilidad en la vida humana. En este contexto, la depresión atendida de manera inadecuada y sólo desde el modelo biológico-lesional, se expresa en yatrogenia (Domecq et al. 2020, 907-21). Este término se refiere al daño o lesión que un paciente sufre como resultado de la atención médica, no necesariamente por negligencia, sino por el propio acto de la atención. El término yatrogenia es con amplitud utilizado en la literatura médica y se considera un concepto central en la discusión sobre la calidad y la seguridad de la atención médica. Para mostrar cómo el diagnóstico de depresión resistente se expresa en yatrogenia primero hay que saber la respuesta a la siguiente cuestión: ¿cómo es que la depresión ocupa un lugar tan importante en las sociedades actuales?

Necropolítica y depresión

Para el 2030 la depresión será el trastorno mental más común. En la economía global tiene enormes repercusiones (Knapp y Wong 2020, 3-14). La OMS estima que cerca de mil millones de personas en el mundo sufren algún tipo de trastorno mental; según el informe Mental Health Atlas 2024 (OMS 2024) se calcula que 82 % de estas personas vive en países de renta baja y media, y quienes padecen trastornos mentales graves suelen fallecer entre 10 y 20 años antes que el resto de la población. Por otro lado, la pandemia de COVID-19 impactó aún más la salud mental global; afectó a quienes ya tenían problemas y

también a quienes no; además, evidenció las carencias en los sistemas sanitarios y las desigualdades sociales; así, desde la pandemia, la prevalencia mundial de depresión y ansiedad ha incrementado entre 25 % y 27 %.

El acceso a tratamientos sigue siendo escaso, insuficiente, difícil o demasiado costoso; además, el estigma social hace que muchas personas eviten buscar ayuda. Se estima que una de cada cuatro personas padece algún trastorno psicológico, pero el déficit en la atención puede ser de 90 % en determinados países. La estigmatización y la falta de comprensión dificulta que las personas afectadas reconozcan sus propias dolencias psicológicas o las de otras y pidan apoyo. A nivel global, siguen existiendo violaciones de derechos humanos en instituciones y comunidades, incluidos los servicios de salud (Cohen y Minas 2017, 4-9). A menudo, cuando se brindan servicios médicos para trastornos psicológicos, la salud mental y otras necesidades sociales quedan relegadas. A pesar de la evidencia sobre el impacto económico de los trastornos mentales y la rentabilidad de invertir en salud psicológica, sólo un promedio de 2 % del presupuesto sanitario se dedica a este ámbito.

En 2013, todos los Estados miembros de la OMS se comprometieron a aplicar el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, el cual tiene como propósito mejorar la salud mental mediante la implementación de cuatro estrategias principales centradas en el liderazgo, la atención comunitaria, la promoción y prevención, y los datos.

En el análisis más reciente realizado por la OMS sobre el desempeño de los países en relación con el Plan de Acción, el Mental Health Atlas 2024 mostró avances; sin embargo, las metas acorda-

das no se han alcanzado y el estado de la salud mental global ha empeorado al paso de los años, en particular desde la pandemia de COVID-19. Los informes actuales insisten en acelerar la adopción de medidas recomendadas y contenidas en el Informe Mundial sobre la Salud Mental (2023) el cual indica que los trastornos más comunes son: la depresión, que encabeza la lista, seguida por la ansiedad; por último, la esquizofrenia y los trastornos bipolares. Además, la élite económica como

los investigadores del Foro Económico Mundial calcularon que un conjunto ampliamente definido de problemas de salud mental le costó a la economía mundial aproximadamente US \$ 2.5 billones en 2010, entre la pérdida de productividad económica (US \$ 1.7 billones) y los costos directos de la atención (US \$ 0.8 billones). Se proyectó que este costo total aumentaría a US \$ 6 billones para 2030 junto con el aumento de los costos sociales. Eso es más de lo que los investigadores previeron para los costos del cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas combinadas. Se estimó que los países de ingresos bajos y medianos soportarían 35 % del costo de estos problemas de salud mental (OPS 2023, 52-53).

Según el Global Burden of Disease (GBD), entre 2013 y 2023 hubo un fuerte aumento en los años de vida saludable perdidos debido a la diabetes y a los trastornos de ansiedad y depresión. Con este diagnóstico nada alentador coincide el reporte de Gallup State of the Global Workplace Report (Gallup 2024), el cual destaca la importancia del compromiso y la satisfacción laboral; tan sólo el año pasado se detectó una mayor defi-

ciencia por exceso de rendimiento, estrés y condiciones laborales precarias. Los datos revelados en el informe de 2024 indican que sólo 21 % de la fuerza laboral global se siente feliz y comprometida en su trabajo, lo que se considera un número alarmante y menor. Un bajo nivel de compromiso e infelicidad le cuesta a la economía global 8.9 billones de dólares, esto representa 9 % del PIB mundial. Al respecto, se calcula que se pierden 12 000 millones de días de trabajo al año a consecuencia de la depresión y la ansiedad, que cobra un costo de 1 billón de dólares (OPS 2023, 113).

La crisis⁴ actual de salud mental está encabezada por el trastorno de la depresión; a escala global, esta crisis es severa y debería preocuparnos a todos; tiene causas profundas que abarcan factores biológicos (genética, alteraciones neuroquímicas), psicológicos (traumas, estrés) y sociales (desigualdad, pobreza, violencia). La respuesta al problema que representa esta crisis no debe limitarse a paliarlo o eludirlo; se debe informar a la población con resultados verificados, evidencia sólida y bien fundamentada. Proporcionar herramientas y alternativas prudentes para un empoderamiento de la autonomía de las personas, así como datos confiables para una toma de decisiones informada. Que sea retroalimentado mediante la fuerza de un proyecto práctico de voluntad colectiva y organización comunitaria, para exigir un cambio real de circunstancias y en las prácticas éticas, médicas y políticas públicas e institucionales que no han tenido resultados favorables para las personas, aquellas que producen dolor, sufrimiento e infelicidad en sus con-

4 Desde su raíz etimológica, *crisis* proviene del griego antiguo *κρίσις* (*krísis*), que significa separación, decisión, juicio o punto de cambio. Deriva del verbo *κρίνω* (*krínō*), que significa separar, juzgar, decidir. En el origen, en contextos médicos de la antigua Grecia (como en Hipócrates), una crisis era el momento crítico en el curso de una enfermedad en el que el paciente mejoraba o empeoraba definitivamente (Dafermos 2024).

textos determinados. Exigir nuestros derechos no debe ser fuente de culpa o motivo de represión ni censura, sino de indignación porque el valor intrínseco de la vida no se está respetando ni es tomado en cuenta.

La necesidad de un enfoque integral

Desde una concepción integral de la salud, el estado de bienestar o enfermedad de una persona no puede explicarse mediante relaciones lineales de causa-efecto. Por el contrario, debe resultar de la interacción dinámica entre factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, los cuales configuran trayectorias de vulnerabilidad, aparición y mantenimiento del padecimiento (PsychDB 2024).

Los factores predisponentes constituyen el sustrato de vulnerabilidad sobre el cual puede desarrollarse una condición de salud o enfermedad. Se trata de características preexistentes que incrementan la probabilidad de que un problema aparezca, sin determinarlo de manera inevitable. Su naturaleza es sobre todo endógena e incluye dimensiones biológicas y psicológicas. Entre ellos se encuentran la carga genética y las enfermedades hereditarias, que pueden predisponer a ciertos tipos de cáncer o trastornos mentales; la edad y el sexo, dado que algunas patologías muestran una distribución diferencial en función de estas variables; así como determinados rasgos de personalidad o estilos temperamentales que pueden aumentar la susceptibilidad a trastornos psicológicos. Asimismo, experiencias tempranas —como el abuso, la negligencia o la exposición a desventajas sociales en la infancia— pueden generar vulnerabilidades persistentes que se expresan a lo largo del ciclo vital.

Los factores precipitantes operan como desencadenantes que activan una condición latente al interactuar con una vulnerabilidad previa. Son eventos o circunstancias agudas, situadas en un momento específico, que marcan el inicio del problema de salud. Estos factores suelen ser de carácter contextual o ambiental e incluyen acontecimientos vitales en extremo estresantes, como la pérdida de un ser querido, el desempleo o la vivencia de un trauma; exposiciones ambientales agudas, como el contacto con patógenos o sustancias tóxicas; alteraciones fisiológicas súbitas, por ejemplo, desequilibrios metabólicos o electrolíticos que pueden precipitar estados confusionales; así como cambios drásticos en la dieta o en el estilo de vida que pueden detonar trastornos alimentarios.

Una vez instaurado el problema de salud, los factores perpetuantes son aquellos que contribuyen a su persistencia o agravamiento, y obstaculizan los procesos de recuperación; éstos suelen estar en profundidad vinculados al entorno social, relacional y conductual de la persona. Entre ellos destacan el aislamiento social y la ausencia de redes de apoyo que refuerzan el malestar psicológico; las conductas desadaptativas, como el consumo sostenido de alcohol o tabaco, o la repetición de patrones cognitivos negativos; los contextos familiares o laborales disfuncionales, caracterizados por el conflicto crónico o el estrés continuo; y las barreras estructurales para el acceso a la atención sanitaria, sean económicas, geográficas o institucionales. Comprender la necesidad de enfoques integrativos y la interacción entre estos tres tipos de factores permite adoptar un enfoque integral de la salud, en el que la biología individual se analiza en estrecha relación con las

condiciones sociales, psicológicas y ambientales que configuran la experiencia de enfermar y de cuidar la vida.

De la biopolítica a la necropolítica de la depresión

La biopolítica es un concepto desarrollado en su mayor parte por Michel Foucault (2011) para describir una forma de poder que se ejerce sobre la vida de las poblaciones, sobre todo entre los siglos XVII y XVIII. Esta gestión de la vida desarrolló las bases de las estructuras seculares de nuestras sociedades actuales. A diferencia de los poderes tradicionales que se centraban en la soberanía sobre el territorio o el control disciplinario de los cuerpos individuales, la biopolítica se enfoca en la gestión, regulación y administración de la vida colectiva: la población como un conjunto de seres vivos. El Estado dejó de preocuparse sólo por gobernar a los individuos y comenzó a gestionar variables vitales, lo que afectó a la población en su totalidad. Así, la biopolítica implica una racionalización de la vida, donde el poder busca optimizar, regular y controlar los procesos vitales para asegurar el bienestar, la productividad y la seguridad de la sociedad. Es una forma de poder que se ejerce sobre la vida misma, gestionando y regulando no sólo a las personas, sino a la población en su conjunto. Foucault es el referente clave para comprender este concepto, pues señala que a partir del siglo XVIII surge una novedad en las técnicas y control del poder: el surgimiento de la población como problema económico y político.

Para Foucault, este control está relacionado con dos cuestiones muy ligadas a la medicina y a los padecimientos mentales: a) la noción de normalización y b) la comercialización de la salud o la

mercantilización. Estas dos nociones ayudan a comprender el arraigo social de algunas prácticas y discursos médicos y, asimismo, la dificultad para materializar propuestas terapéuticas alternativas a las hegemónicas (Buedo 2022, 93).

En la actualidad, siguiendo a Ricardo Páez (2015), el neoliberalismo aplicado en el mundo sanitario, que favorece la privatización de la salud y los conflictos de interés en la investigación, ha convertido a las personas en consumidores y a la salud en mercancía, a pesar de que es un derecho humano. Para Mbembe, la biopolítica regula la vida desde lo más íntimo del cuerpo normalizando comportamientos, estableciendo funciones en determinados espacios y territorios, hasta lo más amplio de la población, transformando la existencia humana en objeto de gestión y control, y posicionando la vida como un objetivo susceptible de ser normalizado, medido, administrado y normativizado por el Estado y sus expertos.

La necropolítica de Mbembe amplía y radicaliza el análisis de la biopolítica de Foucault: “la noción de biopoder es insuficiente para reflejar las formas contemporáneas de sumisión de la vida al poder de la muerte” (Mbembe 2011, 75). Mientras que la biopolítica se centra en la gestión y en la administración de la vida por parte del poder, la necropolítica se enfoca en el poder de decidir quién vive y quién muere, es decir, en la producción y administración de la muerte. Mbembe señala que, en muchos contextos, el poder no sólo regula la vida, sino que también produce condiciones de abandono, exclusión y muerte social. La necropolítica aparece cuando ciertos grupos o individuos son considerados prescindibles, y el Estado o las instituciones deciden, de forma explícita o implícita, que sus vidas no merecen ser protegidas o cuidadas.

En ese sentido, la necropolítica de la depresión se muestra cuando las instituciones, políticas públicas o sistemas de salud generan condiciones de exclusión, marginación o abandono para quienes padecen este trastorno. En lugar de garantizar atención, acompañamiento y recursos adecuados, muchas veces las personas con depresión enfrentan barreras de acceso, estigmatización o indiferencia institucional; lo que puede traducirse en falta de servicios, negación de tratamientos, o incluso en la invisibilización del sufrimiento psíquico. Así, el sistema estructural no sólo deja de proteger la vida, sino que produce espacios de “muerte social”, donde los sujetos quedan fuera de la protección y el cuidado. La necropolítica en la gestión de la depresión se observa, por ejemplo, cuando:

- Se priorizan criterios económicos sobre la salud integral de los pacientes.
- Se limita el acceso a atención especializada.
- Se responsabiliza en lo individual a quienes sufren, ignorando factores sociales y estructurales.
- Se institucionaliza o aísla a las personas, perpetuando su exclusión.

En concreto, la necropolítica en torno a la depresión implica que el poder no sólo regula la vida, sino que también decide, de manera explícita o implícita, quiénes pueden ser abandonados, marginados o expuestos a condiciones que ponen en riesgo su existencia y dignidad. Por esta razón, la gestión actual del problema de la depresión es necropolítica. Esto lo confirman diversos informes citados con anterioridad donde

se demuestra que la salud mental, pese a los esfuerzos, ha sido deficiente en su gestión global y está en un punto crítico, de riesgo potencial y constante y, también, que en esta crisis la depresión es la punta de lanza.

El modelo médico hegemónico en la salud mental

El modelo médico hegemónico en Occidente considera la enfermedad como un problema biológico tratado mediante intervenciones médicas. Este enfoque privilegia lo biomédico e influye en cómo se aborda la salud mental (Buedo 2022, 91-98). Cuando la psiquiatría se practica desde este modelo, los trastornos mentales son tratados desde una perspectiva biológica, usando fármacos y procedimientos clínicos, y a menudo dejan en segundo plano factores sociales y culturales. De la misma manera lo hace la psicología; aunque algunas ramas siguen el modelo médico, también ha generado enfoques críticos que incluyen dimensiones emocionales, sociales y culturales del sufrimiento psíquico. Sin embargo, en entornos institucionales suele subordinarse al modelo médico, actuando como complemento de la psiquiatría. Ambas disciplinas son fundamentales: la psiquiatría es clave cuando se requiere estabilización médica, y la psicología aporta a la comprensión y el bienestar personal a través de técnicas terapéuticas. El trabajo conjunto ofrece una atención más integral al considerar aspectos biológicos y psicosociales. Mientras que la psiquiatría puede prescribir medicamentos, la psicología trabaja en modificar pensamientos y conductas para mejorar la calidad de vida (Buedo 2022, 98-102).

Conflictos de interés

En la actualidad, los profesionales de la salud mental desempeñan funciones de control, administración e influencia en la vida de las personas. Sin embargo, no son ajenos a posibles faltas éticas ni a la influencia de factores externos o motivaciones personales. Un ejemplo relevante de conflicto de interés en este ámbito es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), utilizado como referencia principal para la clasificación y diagnóstico de trastornos mentales. Diversos autores han señalado que algunas de sus prácticas podrían resultar controvertidas desde una perspectiva ética, en particular, en lo que respecta a la categorización de padecimientos mentales y su potencial para contribuir a la discriminación, estigmatización o injusticia hacia determinados individuos, grupos vulnerables o minorías (Buedo 2021, 75-82; Arizmendi 2023, 237-38).

Si bien el DSM constituye una guía fundamental, se ha reportado su uso en contextos políticos que pueden derivar en prácticas discriminatorias y afectar derechos humanos. Aunque no evalúa en forma directa aspectos como la felicidad o el bienestar subjetivo, sí ofrece criterios de clasificación para trastornos asociados a su alteración, tales como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. Estas clasificaciones se relacionan, además, con procesos de medicalización de la salud emocional y el crecimiento de la industria farmacéutica (IF):

algunos de los responsables en definir los criterios diagnósticos del DSM poseen vínculos con la IF dado que, en

ese caso, ocurriría un conflicto de interés. En estudios relevantes se encontró que 69 % de los que participaron de la elaboración de la última edición del DSM (DSM-5 2013) tienen algún tipo de vínculo con la IF, 21 % más en relación con la anteúltima edición del DSM. En particular, resulta interesante conocer cómo se distribuye este 69 % en aquellos grupos de trabajo que definían trastornos que implican un tratamiento farmacológico como intervención de primera línea, el porcentaje era mayor: 100 % en el grupo de trastornos de sueño-vigilia y 83 % en el panel de trastornos psicóticos (Buedo 2022, 95).

La respuesta a la crisis de salud mental ha sido medicalizar el problema de la depresión. Una solución lucrativa que demuestra conflictos de interés. Pero ¿qué es una crisis? La palabra puede parecer alarmista, sin embargo, implica un momento decisivo en el que se juzga, se elige o se cambia, por eso, al abordar un problema, la toma de decisiones es de suma relevancia. Hoy, igual que desde tiempo atrás, se necesitan respuestas ético-políticas a los problemas, no tecnocientíficas, pues las primeras procuran prudencia, consenso y democracia, aseguran laicidad e imparcialidad para el beneficio de todas las personas. Las segundas tienen antecedentes de prácticas egoístas e insolidarias, pues buscan el beneficio, la oportunidad de negocio, la utilidad, el rédito y el lucro con la salud mental.

La importancia de la salud mental

La salud mental ha obtenido una relevancia notable en los últimos 20 años. Ha sido reconocida como una prioridad mundial en diversos documentos y acuerdos internacionales, a saber:

- Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU 2006)⁵
- Grand Challenges in Global Mental Health (Collins et al. 2011)⁶
- Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS 2013)⁷
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2015 (ONU 2015)⁸
- Banco Mundial (BM y OMS 2016)⁹
- Comisiones Lancet sobre Salud Mental Global (Prince et al. 2007 y Patel et al. 2018)¹⁰

En la actualidad, gracias a la bioética y a su perspectiva interdisciplinaria, se ve expandido nuestro círculo de consideración moral hacia las diversas expresiones de vida; dichos esfuerzos se inclinan a aplicaciones biocéntricas.¹¹ Las respuestas tecnocientíficas priorizan el rendimiento, la autoexplotación, la utilidad y el rédito sobre la vida humana y no procuran el cuidado ni la salud integral, pues pasan a segundo término.

A nivel global, la depresión afecta a más de 300 millones de personas y es la principal causa de discapacidad, mientras que los trastornos de ansiedad afectan a más de 260 millones de personas.

Cuando miramos el costo por número de muertes humanas por trastorno, el problema se torna en extremo grave: de las personas que se suicidan, 58 % tiene menos de 50 años (International Association for Suicide Prevention 2025). El suicidio asociado a la depresión representa 57.1 %, 800 000 muertes anuales; seguido por 300 000 muertes debido a trastornos por uso de sustancias (21.4 %); 100 000 a trastornos de ansiedad (7.1 %), y 200 000 a otros trastornos mentales (14.3 %). Todas y cada una de ellas tiene relaciones estrechas con nuestro contexto, circunstancias socioculturales y políticas públicas. Por todo lo anterior, la depresión es un tema de salud pública.

Este asunto político-público, analizado desde este campo de acción y conocimiento, está orientado a prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante esfuerzos organizados de la sociedad, más allá de la atención individual. Se centra en las condiciones sociales, ambientales, económicas y políticas que determinan la salud de las poblaciones. Incluye la vigilancia epidemiológica, la promoción de estilos de vida saludables y el diseño de políticas colectivas. No se limita a

5 Este documento incluye disposiciones sobre la capacidad, la toma de decisiones y el fomento de la investigación. Introduce un cambio de paradigma del modelo *médico* al modelo *social* de la discapacidad y reafirma que todas las personas con cualquier tipo de discapacidad deben disfrutar de todos los derechos humanos y libertades, como la dignidad y la autonomía individual.

6 Subraya la necesidad de que todas las intervenciones de atención y tratamiento, ya sean psicosociales o farmacológicas, cuenten con una base empírica que proporcione a los planificadores de programas, clínicos y responsables políticos paquetes de atención eficaces.

7 Representa un reconocimiento formal de la importancia de la salud mental para los 194 Estados miembros de la OMS. Incluye la necesidad de reforzar los sistemas de información, las pruebas y la investigación para la salud mental.

8 Incluyen la meta 3.4, que establece reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar para 2030.

9 Reconoce la carga que suponen los problemas de salud mental para la sociedad y hace un llamamiento para que la salud mental se convierta en una prioridad de desarrollo mundial.

10 Evaluaron el estado de la cuestión y formularon recomendaciones. La Comisión de 2018 destaca aún más la importancia y el papel del contexto cultural en la configuración de las experiencias y las respuestas a los problemas de salud mental.

11 El término *biocéntrico* hace referencia a una perspectiva ética y filosófica que sitúa la vida —en todas sus formas— como el centro de valor, priorizando el respeto y la preservación de los sistemas vivos por encima sólo de intereses humanos.

curar, sino a crear las condiciones sociales que permitan vivir de manera saludable. Esta concepción subraya el carácter estructural y preventivo de la salud (Winslow 1920).

La depresión, según el NIMH (2024), es un trastorno mental común, pero grave, que afecta en forma negativa cómo una persona se siente, piensa, acciona y maneja sus actividades diarias. No es sólo sentirse triste en ocasiones; sus síntomas son persistentes y pueden interferir de manera significativa en la vida cotidiana. Su diagnóstico y tratamiento no está exento de la yatrogenia, de hecho, a través de la historia, a las personas enfermas mentales se les ha medicalizado, han sido objeto de tortura, tratamientos justificados en prejuicios morales, represión, violencia y opresión; esto ha sido con amplitud documentado por Thomas Szasz en la obra *El mito de la enfermedad mental* (1961), Iván Illich en *Némesis médica* (1975) y Michael Foucault en *La historia de la locura en la época clásica* (1961).

El argumento conjunto es preciso, la medicalización de la vida es una forma de ocultar los malestares y sufrimientos sociales, como la desigualdad o la pobreza; transforma la experiencia de la infelicidad, el sufrimiento y dolor del devenir cotidiano de la vida en patologías individuales que repercuten en yatrogenia, ya que la hegemonía global actual da prioridad a respuestas técnico-científicas y no a respuestas ético-políticas. Bajo estos términos, la perspectiva de Ivan Illich en su obra *Némesis médica* (1975) cobra sentido, pues es una crítica dura al modelo médico hegemónico y a la medicalización de la vida. Illich sostiene que la medicina moderna, lejos de limitarse a curar enfermedades, ha extendido su poder hasta definir lo que es normal y patológico, medicali-

zando experiencias humanas como el sufrimiento, la tristeza o el dolor. Según Illich, esto genera una “yatrogenia social”, es decir, daños provocados por la propia intervención médica y por la dependencia que crea en las personas.

Estos autores muestran que la salud mental, y lo que se considera normal, tiene una interpretación de valor y significado moral, y depende de su situación histórico-social, pues hay una moralización que da como resultado una normalización y legitimidad de la moral que domina el ámbito político-público. La clasificación de las personas justifica su tratamiento para que enaltezcan su salud integral y autonomía o la denigre mediante la medicalización excesiva, encierro involuntario y estigmatización. Al estandarizar y clasificar marcadores que establecen los límites entre la enfermedad y la salud éstos se pueden interpretar por fuerzas que buscan lucrarse con la salud humana, tergiversando los patrones conductuales con base en pruebas que no están del todo fundamentadas en evidencia fiable y/o que de forma genuina carezcan de conflictos de interés (Buedo 2021, 102-03).

Hoy en día, la depresión es tratada en su mayoría por el tratamiento hegemónico biomédico que, al no ser atendido de forma adecuada, tiene efectos secundarios por malas prácticas y sobredosis accidentales. Por ello, el Informe Mundial sobre Salud Mental 2023 destaca por sus recomendaciones, las que son retomadas en el Mental Health Atlas 2024. Ambos insisten en que se debe intervenir de una manera en la que los tratamientos sean más acordes a los valores y necesidades específicos de las personas que los necesitan para con ello respetar su autonomía, dignidad y libertad; brindar un trato humano con respeto a sus derechos, no

como una ficción, sino como una experiencia concreta que se experimenta en la realidad. Tanto el Informe como el Atlas documentan la necesidad urgente de las sociedades contemporáneas por generar un cambio real en las circunstancias; una orientación distinta de las prioridades actuales enfocadas en el rédito y el lucro; afirman la necesidad de afrontar el futuro con prudencia y responsabilidad. Es necesario que la toma de decisiones se centre en una perspectiva de valoración más biocéntrica; es decir, que reconozca el valor intrínseco de la vida; que asegure el respeto por la dignidad del paciente, la autonomía y la libertad de las personas, todo esto considerando que:

El suicidio es la causa de más de una de cada 100 muertes en el mundo y por cada muerte por suicidio hay más de 20 intentos de suicidio. El suicidio afecta a personas de todos los países y contextos. A todas las edades, los suicidios y los intentos de suicidio tienen un efecto dominó sobre las familias, las amistades, los colegas, las comunidades y sociedades (ops 2023, 7).

El negocio de la depresión

Los antidepresivos son medicamentos esenciales en el tratamiento de trastornos mentales, de hecho, es el tratamiento más común y su regulación es un tema no sólo relevante, sino también actual. Para el tratamiento, en el mayor de los casos se medicaliza la vida de las personas con antidepresivos, aunque existen otras alternativas que pueden beneficiarles en su autonomía y su libertad con respeto a su dignidad, sin buscar el rédito o el lucro. La medicalización¹² es

un concepto clave que hace referencia al proceso por el cual una gama cada vez mayor de fenómenos personales y sociales llegan a ser descritos y comprendidos en términos médicos. Se expresan en formas que describen y definen los problemas sociales, utilizando la medicalización para examinar las formas en que se ha utilizado el lenguaje médico para describir una gama cada vez mayor de problemas sociales.

El problema de la depresión es global. Al respecto, s&s Insider (2024) indicó que en 2023 el tamaño del mercado de antidepresivos se valoró en 19.92 mil millones de dólares. Se espera que en 2032 su crecimiento sea exponencial a 37.44 mil millones de dólares y crezca 7.66 % en el periodo de 2024 a 2032. Siguiendo el informe de mercado, en gran medida, esta rentabilidad es posible debido a la alta prevalencia de trastornos mentales que va en aumento desde la pandemia de COVID-19, y que ha impulsado la demanda de antidepresivos en general. América del Norte comparte el diagnóstico junto con otros continentes. Este creciente número de afecciones de salud mental —en particular la depresión— y el enfoque en el diagnóstico temprano están aumentando la demanda de atención, lo que presenta una oportunidad rentable para el desarrollo de medicamentos nuevos y avanzados en el mercado, por lo que prolifera más el beneficio del rédito que el cuidado de la salud integral de las personas. Por ejemplo:

La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en la salud mental a nivel mundial, pero en América Latina las tasas de trastornos mentales han au-

12 La medicalización es el proceso por el cual aspectos de la vida cotidiana, experiencias o comportamientos humanos son redefinidos y tratados como problemas médicos, con frecuencia implicando diagnósticos y tratamientos clínicos, incluso cuando su origen es social, cultural o político (Mainetti 2014, 24).

mentado de manera desproporcionada, en un estimado de entre 20 % y 40 %. Esto no se debe a cambios en la neurobiología, aunque sin duda ha afectado al cerebro. Es más probable que esté relacionado con factores externos, como la reducción del acceso a la vivienda, el saneamiento y la seguridad alimentaria. Por ejemplo, los homicidios graves en México, la inflación en Argentina y la revuelta política y la violencia generalizadas en Colombia son factores contextuales perjudiciales para la salud mental (Buedo y Timothy 2024, 1-2).¹³

En 2023, América del Norte —Canadá, Estados Unidos y México— lideró el mercado de antidepresivos con una importante participación en el mercado mundial de alrededor de 40 % (Pappas et al. 2025; Chua et al. 2024; Medina et al. 2023). La sofisticada industria farmacéutica de América del Norte y actores clave del mercado como Pfizer y Eli Lilly facilitó a los pacientes afectados el acceso a diversos medicamentos antidepresivos.

En Europa, las campañas respaldadas por los gobiernos en países como el Reino Unido y Alemania han dado como resultado aumentos significativos en los diagnósticos y tratamientos de trastornos de salud mental. La OCDE también ha hecho público el incremento de sus países miembros en el consumo de antidepresivos en respuesta a las políticas de salud mental y a la demanda de un tsunami creciente desatado a partir de la pandemia de COVID-19 (OCDE 2024). Este aspecto es también con el que lidia Reino Unido que ha decidido modificar su consumo por las crecientes consecuencias de los síntomas de abstinencia y efectos secundarios de los antidepresivos en las personas; todo esto representa una clara yatrogenia global.

La globalización de la depresión

Zygmunt Bauman (2017) considera que la globalización ha producido un mundo polarizado donde el capital y las élites gozan de movilidad sin restricciones, mientras que grandes sectores de la población quedan excluidos, inmóviles o desplazados por la fuerza. Este proceso ha generado inseguridad, precariedad y fragmentación social, al tiempo que ha debilitado los lazos comunitarios y las estructuras tradicionales de solidaridad.

La depresión es un problema que se ha globalizado en Estados que aspiran a ser felices y a prolongar el bienestar mediante diversos esfuerzos positivos (de la Fuente 2012, 588); lo que se ha traducido en políticas públicas y normalización de ciertos patrones de comportamiento (Besley, et al. 2023). De acuerdo con Páez (2015) y Juan Ramón de la Fuente (2012), la globalización se entiende, en sentido amplio, como la expansión y colonización económica, política y cultural de unas hegemonías sobre otras, con profundas repercusiones en la vida cotidiana de las personas y en su salud mental. Este fenómeno tiene sus raíces en la conquista del “Nuevo Mundo”, —eufemismo que refiere al saqueo, explotación de los recursos naturales, cosificación y esclavización de lo que hoy lleva el nombre de continente americano—. Sin embargo, la globalización, tal como se le conoce ahora, se consolidó tras la Segunda Guerra Mundial, impulsada por la caída del liberalismo clásico, el surgimiento del neoliberalismo y la creación de instituciones globales como el Banco Mundial o el Foro Económico Mundial para sortear las crisis económicas recurrentes.

13 Traducción propia.

Siguiendo a Páez (2015), la fase actual de la globalización inició bajo el liderazgo moral de figuras neoliberales como Ronald Reagan o Margaret Thatcher; pero fue impulsado de fondo por Friedrich von Hayek y la Mont Pelerin Society (Higgs 2011). Según Harvey (2007, 26), se trató de “un grupo reducido y exclusivo de apasionados defensores —en su mayoría economistas, historiadores y filósofos— [que] se había aglutinado alrededor del renombrado filósofo austriaco para crear la Mont Pelerin Society”. Estos intelectuales buscaron llevar dicha ideología a la práctica, consolidando la hegemonía del capitalismo y la mundialización de los mercados. De ahí surgió la famosa frase de Margaret Thatcher: “There is no alternative”, refiriéndose a la hegemonía del capitalismo, la mundialización de los mercados y la exaltación del individuo opuesta a la comunidad” (Afarian 2022, 4). Por esta razón sus esfuerzos se concentraban más en sus intereses egoístas como países, que hacia los intereses de aquellos en los que se aplicaba, es decir, en los países del sur, los menos desarrollados, que debían abrirse a los países del norte que querían tener una proporción más importante del comercio y de los negocios, obligando a los primeros a abrirse al mundo industrializado, abierto al control de la ideología y la práctica neoliberal.

El neoliberalismo propuso un proceso de reorganización económica, política y social, que se vio reforzado por un cuerpo normativo que incluía valores constituidos a partir del mercado, como la rentabilidad, la productividad y la competitividad. La conciencia social quedó al margen, se promovió la privatización de las empresas y los servicios, la supresión del Estado benefactor y el fortalecimiento del capital privado (Paéz 2015, 56).

Desde una perspectiva bioética, María Casado (2015) y Paéz (2015) emiten un juicio claro: el neoliberalismo aplicado en el mundo sanitario ha favorecido la privatización de la salud y los conflictos de interés en la investigación, ha convertido a las personas pacientes en consumidores y la salud en mercancía. La medicalización de la vida ha priorizado el rédito económico sobre el cuidado de la salud integral. Por ello, es necesaria una deliberación crítica sobre el abordaje de la depresión en las sociedades neoliberales, pues predomina una óptica reduccionista que se aleja de la visión integral del ser humano.

Una visión integral concibe a la persona como una unidad en la que interactúan dimensiones biológicas, psíquicas, sociales y espirituales. En ese sentido, la salud y la enfermedad no se explican sólo por procesos orgánicos, sino por la articulación entre el cuerpo, la experiencia subjetiva, las relaciones sociales y los significados existenciales. Esta perspectiva amplía el modelo biomédico al reconocer el papel del sentido, los valores y las creencias en el bienestar. Así, el cuidado de la salud exige intervenciones que atiendan de forma simultánea estas dimensiones (Sulmasy 2002).

El enfoque integral de la salud permite una comprensión más humana y ética del proceso de atención, y nos ayuda a identificar que la vida humana puede ser reducida a enfoques que no toman en cuenta la complejidad del ser o su diversidad al ser reduccionistas, pues como nos indican los informes de mercado, así como los bioéticos y los estudios globales, nos encontramos en modelos de sociedad que palian la depresión mientras que gobiernos, corporativos e industrias lucran con ello. Como bien lo indican Peter Conrad (2005) y Ashley Frawley (2015) las experiencias

de cambio que representan signos de malestar e infelicidad y el devenir incontrolable en la vida cotidiana, como la pérdida, el dolor y el sufrimiento, se han convertido en problemas que se están medicalizando, pero, aunque en algunos casos es necesaria en otros se corre el riesgo de tomar un camino incierto.

Distintos esfuerzos teóricos han coincidido en el diseño de políticas públicas que, bajo una arquitectura de la decisión, buscan dirigir la conducta humana. Un ejemplo de ello es el concepto de *nudge* propuesto por Richard Thaler y Cass R. Sunstein (2017), que ha sido criticado por fomentar un “paternalismo libertario” que podría vulnerar la autonomía de las personas. Esta tendencia se ve reforzada por la “economía de la felicidad” de Richard Layard (2005) y la incorporación de biotecnologías (Gracia et al. 2022) y aplicaciones tecnocientíficas (Kross et al. 2013). En conjunto, estas herramientas facilitan el examen, diagnóstico y control estandarizado del estado emocional de las poblaciones (Metzler et al. 2022; Kross et al. 2013).

De acuerdo con la UNESCO (2023), el uso de neurotecnologías se está normalizando en diversas áreas del estudio humano y en la delimitación de los estándares de salud. Ante este panorama, el organismo insta a mantener una postura crítica y precautoria debido a los riesgos éticos que estas herramientas implican. De igual manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierte que la depresión es un problema grave en la salud mental a nivel global; por ello subraya la necesidad de abordar este padecimiento mediante estrategias más incluyentes que mitiguen sus consecuencias en la vida de las personas (OPS 2025).

Algo de “ciencia” y felicidad

Ante este diagnóstico global, los Estados y las industrias se han esforzado por administrar fenómenos como el bajo rendimiento, la ansiedad, la felicidad y la depresión en las poblaciones. Desde finales de los años noventa, han identificado en el bienestar y en la felicidad una respuesta redituable que se presenta como la cura para la crisis de salud mental, progreso y acumulación de riqueza. Al respecto, William Davies (2016) ha demostrado cómo neurocientíficos, economistas y científicos de la felicidad —psicólogos positivos— ofrecen métodos probados de manera científica para incrementar la felicidad, mientras transforman a las personas en productivas, exitosas y saludables. Bajo la lógica de la mejora continua y en el perfeccionamiento encaminados al pensamiento positivo, se proponen gestionar a poblaciones y gobiernos mediante una “higiene de los malos pensamientos” que erradique los trastornos que hacen la realidad infeliz.

Esta perspectiva de la felicidad impulsada por Martin Seligman (2018) ha sido caracterizada por Edgar Cabanas y Eva Illouz (2021, 18) como el brazo armado e ideológico del neoliberalismo. A través de la ciencia de la felicidad, este imperativo radical positivo se ha globalizado; como ejemplo, la colaboración de Seligman con el reino de Bután, que influyó en la Organización de las Naciones Unidas (2011) para incentivar políticas públicas, económicas y sociales en más 150 países desde 2013.

Un mundo feliz

La filósofa francesa Barbara Stiegler (2019), teórica crítica del neoliberalismo, deja claro que en las sociedades

neoliberales el bienestar se convierte en una exigencia adaptativa, y la felicidad en un imperativo. Algo en lo que también coincide la filósofa Sara Ahmed (2019) y el intelectual Byung Chul Han (2023). El sujeto feliz es aquel que se ajusta a las demandas del mercado: motivado ante la autoexplotación, resiliente ante la exigencia de rendimiento, con eficacia emocional ante la marginación y sobreexplotación (Romaní et al. 2024, 83-90). La depresión y su manifestación resistente, contraria el propósito neoliberal, es la expresión más radical de su necropolítica. Sus exigencias obligan al sujeto a que sea capaz de autorregularse aun en circunstancias precarias, contextos de injusticia y desigualdad donde “no hay experiencia más alienante que sufrir en silencio mientras el mundo te exige sonreír” (Lazo 2025, 1).

Todo lo anterior hace posible la creación de instrumentos de diagnóstico diseñados para traducir, medir y estandarizar el placer, la felicidad, el sufrimiento y el dolor a escala global, con el propósito de erradicar los “malos pensamientos”. No obstante, este esfuerzo por promover una verdad científica sobre la felicidad y el bienestar ha fracasado hasta el momento al tratar de universalizar la diversidad y complejidad humana (Burke 2021, 1).

De este modo, tanto la psicología positiva como la economía de la felicidad —traducida en arquitecturas de acción— pretenden potenciar nuestras capacidades para poder ir más allá, con fines de progreso y enriquecimiento, control, poder y dominio. Y, en la medida de lo posible, establecer una higiene del suicidio, la depresión, la ansiedad, el sufrimiento y la infelicidad mediante el examen global de las poblaciones y con ayuda de diversos instrumentos biotecnológicos, neurológicos y científicos

(Verified Market Reports 2023). Todo este cúmulo de esfuerzos comparte el mismo horizonte y aspira a la creación de paraísos artificiales, el mismo ideal que persigue el transhumanismo (Pearce 2007). Lo anterior implica erradicar el malestar, abandonar la vida humana como la conocemos, es decir, inesperada, sufriente, azarosa, contradictoria y contingente (Han 2022, 90).

¿Un estado terapéutico perpetuo?

Las sociedades actuales representan modelos de un Estado terapéutico. Un concepto crítico que describe una forma de control estatal en la que las instituciones políticas y médicas se entrelazan para justificar la coerción y la vigilancia en nombre de la “salud mental” o el “bienestar psicológico”. Este concepto fue desarrollado por Thomas Szasz (1974) y se caracteriza por usar el lenguaje y las prácticas médicas —en su mayoría psiquiátricas— para intervenir en la vida de las personas, no para curarlas de forma voluntaria, sino para controlar su conducta, determinar su manera de ser mediante diagnósticos, tratamientos forzados y confinamientos.

Hoy podemos hacer una comparación de cómo el Estado terapéutico reemplaza la responsabilidad individual por una noción de enfermedad mental que exime de culpa y permite al Estado actuar como “sanador obligatorio”, incluso a veces sin el consentimiento del individuo. Por su parte, el Estado neoliberal practica una necropolítica para lidiar con la depresión resistente, en tanto elude y palia el problema de fondo. Hoy en día, las instituciones proveen los psicofármacos como tratamiento principal, consolidando un mercado en potencia redituable, por lo que

la necropolítica podría definirse como una suerte de contrabiopoder ligado, sin duda, al concepto de neocapitalismo, tal y como lo entiende Sayak Valencia en su ensayo “Capitalismo gore”; es decir, al capitalismo contemporáneo, que organiza sus formas de acumulación de capital como un fin absoluto que prevalece por encima de cualquier otra lógica o meta-narrativa (Mbembe 2011, 15).

En este sistema, la psiquiatría y la psicología dejan de ser profesiones médicas autónomas y se convierten en una herramienta política que soluciona la depresión por medio de una salida útil y redituable, proporcionada por la industria farmacéutica, la cual responde a esta demanda con una oferta que no soluciona el problema, sino que lo complica y cuyo proceso tiene repercusiones graves. El poder médico se convierte en poder estatal, y la disidencia o comportamiento no normativo, o contrario a la versión hegemónica, debe ser patologizado. Un ejemplo claro es la homosexualidad.¹⁴

Siguiendo a De Van (2022), el concepto de Estado terapéutico denuncia que el trauma y el sufrimiento psíquico son instrumentalizados por el Estado y, hoy en día, también por la industria y corporativos privados. Dichas entidades lucran con la salud mental para justificar políticas de utilidad, rendimiento económico y control social, valiéndose de la reeducación emocional en pos de la felicidad o el bienestar, bajo el pretexto de proteger o curar a la ciudadanía. En definitiva, es una forma moderna y encubierta de autoritarismo, disfrazada de cuidado y tratamiento

médico psiquiátrico y psicológico. En el caso de la depresión resistente, la regulación de la práctica médica, el diagnóstico y la atención a pacientes debe orientarse hacia un análisis bioético que respete los valores fundamentales (Hincapie y Medina 2019) ante el consumo exacerbado de antidepresivos como solución primaria. El propósito es garantizar que su uso no cause efectos adversos a la población, y que tanto su distribución como su desarrollo respeten principios como la dignidad humana, la justicia y la autonomía, valores que constituyen los pilares de los derechos humanos (Santillán 2023, 354-55).

Antes del desarrollo de fármacos específicos, los trastornos depresivos se trataban mediante intervenciones comunitarias hoy considerados rudimentarios, tales como la hidroterapia, el uso de opiáceos, y procedimientos físicos como las terapias de choque o electroconvulsivas.

La historia de los antidepresivos refleja tanto avances científicos como transformaciones culturales y prejuicios morales en la comprensión, diagnóstico y tratamiento de la locura, el dolor, el sufrimiento y la infelicidad, procesos que, en tiempos más recientes, se han volcado hacia el abordaje de trastornos mentales como la depresión (Santillana 2021, 18). Este desarrollo ha crecido de manera exponencial desde 1950. Si bien las prácticas tradicionales predominaron hasta mediados del siglo xx, en la actualidad existen alternativas que se distancian de las hegemónicas.

14 La homosexualidad fue medicalizada como trastorno psiquiátrico desde el siglo xix, incluida en el DSM hasta 1973 y en la CIE de la OMS hasta 1990. Aunque despatologizada de manera oficial, aún persisten formas de medicalización como las “terapias de conversión”. Además, en más de 60 países sigue criminalizada, y en al menos 11 puede conllevar la pena de muerte (ILGA World 2024).

Sí existen alternativas

Paola Buedo,¹⁵ bioeticista argentina con enfoque feminista, propone una perspectiva integral en salud mental. Su planteamiento integra información valiosa sobre tratamientos alternativos frente al diagnóstico de trastornos situados en el Modelo Médico Hegemónico¹⁶ (MMH). Ese concepto fue formulado por el médico y antropólogo argentino Eduardo Menéndez para referirse a la forma dominante de atención médica estructurada según los principios de la biomedicina occidental. Ésta se caracteriza por una racionalidad técnico-científica que enfatiza la enfermedad como entidad biológica y tiende a invisibilizar los determinantes sociales y culturales del sufrimiento. Al respecto, Buedo posee un enfoque de análisis ético y de justicia social valioso “aunque no abundan las propuestas de este orden, aquí destaco las tres que podrían ser consideradas más importantes en términos de reconocimiento académico, de fundamento científico y utilidad clínica” (Buedo 2022, 106). Dichas propuestas buscan un enfoque integral: la salud mental comunitaria, la rehabilitación social y el enfoque humanista. Estas propuestas han dado resultados benéficos porque reconocen al individuo como ser vivo inserto en su entorno social, cultural, natural y emocional. Abordan la depresión más allá del síntoma aislado: integran cuerpo, mente, relaciones, sentido y ambiente. Se describen y ejemplifican a continuación:

1. Salud mental comunitaria

La salud mental comunitaria concibe el sufrimiento psíquico no sólo como un trastorno individual, sino como un fenómeno situado social e histórico. Este enfoque parte de la premisa de que la salud mental se construye en la vida cotidiana: en los vínculos, el trabajo, la vivienda, la participación social y el acceso efectivo a los derechos. Consiste en:

- Descentralizar la atención del hospital psiquiátrico hacia la comunidad.
- Priorizar la prevención, la promoción del bienestar y el acompañamiento continuo.
- Trabajar con redes comunitarias, familias, colectivos y organizaciones locales.
- Reconocer a la persona como sujeto de derechos, no como objeto de intervención.
- Desde una lectura bioética y política, la salud mental comunitaria desactiva lógicas necropolíticas, al oponerse al abandono, la exclusión y la gestión utilitarista del sufrimiento.

2. Rehabilitación social

Se enfoca en la restitución de la vida social y simbólica de las personas que han experimentado sufrimiento psíquico severo o crónico, en especial cuando han sido institucionalizadas, medicalizadas o estigmatizadas. Se caracteriza por:

15 Medica e investigadora en el Programa de Bioética de Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) Argentina y en el Instituto de Historia y Ética de la Medicina de la Universidad Técnica de Múnich (TUM).

16 Menéndez propuso este concepto en el contexto de la medicina social latinoamericana para cuestionar el reduccionismo biologicista de los sistemas de salud y señalar cómo este modelo reproduce relaciones de poder, exclusión y medicalización de la vida cotidiana. Su aplicación crítica permite analizar no sólo las prácticas médicas institucionales, sino también los dispositivos de saber-poder que configuran el campo de la salud en América Latina.

- Recuperar la autonomía funcional y relacional.
- Facilitar el acceso al trabajo, educación, vivienda y participación social.
- Reducir el impacto del estigma y la exclusión.
- Promover procesos de desinstitutionalización y vida independiente.
- No busca “normalizar” al sujeto, sino reconstruir condiciones de posibilidad para una vida digna, reconociendo que la exclusión es muchas veces más incapacitante que el padecimiento mismo.

3. Enfoque humanista

El enfoque humanista coloca en el centro la dignidad, la experiencia vivida y la subjetividad de la persona. Rechaza la reducción del sufrimiento a un desequilibrio químico o a un déficit individual, y lo comprende como una experiencia con sentido existencial, emocional y ético. Se distingue por:

- Priorizar la escucha, el diálogo y la relación terapéutica.
- Respetar la autonomía y la toma de decisiones informada.
- Reconocer el valor del malestar como expresión humana, no sólo como patología.
- Fomentar procesos de cuidado basados en la empatía, la corresponsabilidad y el acompañamiento.

Desde la bioética, este enfoque se alinea con principios como autonomía relacional, justicia y el respeto por el valor intrínseco de la vida. En conjunto, estas propuestas desplazan la lógica del control y la medicalización hacia el cuida-

do y la corresponsabilidad. Reconocen que el sufrimiento mental tiene raíces sociales, políticas y culturales; buscan restituir la vida digna y no sólo reducir síntomas. De este modo, funcionan como alternativas críticas frente al Estado terapéutico y la necropolítica neoliberal. Por esta razón, siguiendo a Buedo y Timothy Daly (2024) estas propuestas propician una autonomía relacional como enfoque necesario para la atención ética. Se trata de un ejercicio de libertad que parte de la responsabilidad e implica la agencia activa y la inclusión del paciente, a través de prácticas que potencian recursos personales y comunitarios para la toma de sus decisiones. Así, se evitan los reduccionismos tecnocientíficos y la medicalización excesiva, alineándose con propuestas bioéticas críticas.

Un enfoque feminista

Desde la mirada contemporánea de la salud mental desarrollada por Florencia Luna y Paola Buedo, el padecer no se reduce a un conjunto de síntomas clínicos ni a una disfunción individual, por el contrario, se comprende como una experiencia situada, atravesada por condiciones sociales, relaciones de poder y contextos de vulnerabilidad estructural. El padecimiento expresa una forma de estar en el mundo en la que el sufrimiento psíquico se entrelaza con desigualdades, exclusiones y expectativas normativas sobre lo que se considera una vida “saludable”. En este sentido, atender el padecer implica desplazar el foco desde la mera corrección terapéutica hacia el reconocimiento ético de la experiencia vivida, incorporando la voz de quienes sufren y las condiciones sociales que hacen posible —o perpetúan— dicho sufrimiento.

Esta perspectiva cuestiona los enfoques reduccionistas y refuerza una concepción de la salud mental comprometida con la justicia social y los derechos humanos.

Autonomía relacional

Desde la bioética feminista, es clara la necesidad de transformar el abordaje del sufrimiento mental para alejarse de los modelos en exclusiva biomédicos. Esta perspectiva promueve alternativas que consideren la dimensión ética, política y social del individuo frente a lógicas de utilidad y rendimiento, como ocurre con el uso predominante de antidepresivos (Davies 2007, 62). Desde esta perspectiva, la bioética aporta un concepto clave que podemos emplear para visibilizar el problema y las causas de su medicalización: la autonomía relacional. Dicha noción propone una toma de decisiones compartidas y reconoce que la capacidad de decisión de una persona está influenciada por sus vínculos, inmersos en contextos políticos y socioculturales. En consecuencia, los tratamientos deben considerar las interacciones y los apoyos sociales del paciente, no centrarse sólo en su individualidad.

Partiendo de un planteamiento postulado de forma original por Luna (2024), la autora, en conjunto con Buedo utiliza la metáfora de las “capas de vulnerabilidad” para describir cómo diversos factores socioculturales —como el género, la edad, la situación económica y la pertenencia étnica— pueden afectar la autonomía y la salud integral de una persona (Buedo y Luna 2021). Esta perspectiva enfatiza la necesidad de abordajes clínicos que reconozcan y aborden estas múltiples dimensiones de vulnerabilidad. En sintonía con lo anterior, la bioética feminista (Buedo 2022)

cuestiona la tendencia a medicalizar el sufrimiento mental sin considerar sus raíces sociales y culturales, proponiendo que los tratamientos deben ir más allá de la prescripción de psicofármacos.

Es fundamental optar por alternativas naturales que eviten la dependencia y no generen adicción, priorizando siempre el uso responsable e informado. Un ejemplo de ello es el uso de plantas medicinales para sustituir las benzodiazepinas en el tratamiento del insomnio o la ansiedad; esta práctica ha sido sometida a revisión y muestra resultados satisfactorios avalados por la evidencia (Buedo y Giagante 2015, 21-27). Asimismo, existen alternativas terapéuticas a los antidepresivos convencionales que han sido comprobadas por la ciencia mediante revisiones sistemáticas y metaanálisis de alto impacto en la literatura médica. El uso del *Hypericum perforatum* ha sido evaluado en múltiples estudios —como los realizados por Klaus Linde et al. (2005) y Elif Apaydin et al. (2016)— en los cuales se concluye que esta planta es de forma significativa más eficaz que el placebo y tan efectiva como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en casos de depresión leve a moderada, con una menor incidencia de efectos adversos. De manera similar, el azafrán, según metaanálisis de Heather Hausenblas et al. (2013) y Lili Dai et al. (2020), ha mostrado efectos comparables a los antidepresivos tradicionales y una eficacia superior al placebo, confirmando su potencial como tratamiento seguro y efectivo. Dichos estudios confirman la existencia de alternativas respaldadas por evidencia científica rigurosa, capaces de complementar o sustituir el abordaje farmacológico estándar de la depresión, en especial en sus cuadros leves o moderados.

La bioética propone una crítica responsable, pero también ofrece alternativas prudentes ante la priorización del libre mercado, la mercantilización, el rendimiento, la utilidad y el lucro con la salud que hacen, por ejemplo, las industrias farmacéuticas y grandes corporaciones que priorizan el rédito y no el cuidado. El progreso será benéfico si se van incorporando enfoques que aborden las causas subyacentes del malestar, esto significa una ampliación del círculo de consideración moral hacia contextos que desconocemos de las personas, sus condiciones y circunstancias particulares. Es necesario desarrollar modelos de atención que prioricen la comunidad y las relaciones sociales. Esto incluye fomentar redes de apoyo, promover la participación del paciente en su tratamiento, incluir a personas que fueron pacientes y han logrado recuperar su salud integral, así como considerar las dinámicas sociales que influyen en su salud mental.

Las perspectivas feministas han integrado la neuroética para enriquecer la comprensión de la salud mental. Esto implica reconocer cómo las desigualdades de género y los avances en neurociencia pueden informar y formar prácticas más éticas y efectivas en el tratamiento de trastornos mentales. Desde un enfoque bioético es necesaria una reconfiguración de los tratamientos en salud mental, abogando por enfoques que integren la ética, la dimensión social y la participación del paciente, priorizando el respeto a la dignidad de las personas, la autonomía y el valor intrínseco de la vida humana.

El valor intrínseco de la vida

Los diagnósticos del Mental Health Atlas 2024, el Informe Mundial sobre

la Salud Mental 2023 y el Global Forum on Bioethics in Research (GFBR) del 2021 coinciden con la necesidad de entender la autonomía como una facultad relacional; es decir, común y colectiva. Dichos documentos invitan a profesionales, expertos y comunidades a repensar las estrategias de atención, priorizando cambios reales prácticos en los contextos y circunstancias, y apelando también a complementación con enfoques de prevención. Resulta imperativo mejorar las condiciones y la calidad de vida, interviniendo en factores socioculturales como la desigualdad, la injusticia y el limitado acceso a los servicios de salud mental. Al día de hoy, la deficiente calidad de los servicios, los elevados costos en el sector privado y la casi nula inversión pública impiden la promoción de información oportuna para evitar daños. Estos obstáculos dificultan la generación de conciencia sobre los cambios estructurales necesarios para la exigencia de los derechos humanos y la defensa de la dignidad: el valor intrínseco de la vida humana.

Un ejemplo claro de la exigencia al valor intrínseco de la vida —reconocido en todo el mundo— es la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2006). Este documento de la UNESCO establece los principios éticos para la investigación científica y el uso de la tecnología en la medicina y las ciencias de la vida. Su propósito es salvaguardar el derecho a la salud y la dignidad, sin omitir el respeto por las personas, la solidaridad, la privacidad, la diversidad y la confidencialidad. Existen documentos y acuerdos internacionales en bioética y derechos humanos que cuestionan y regulan la expansión de la medicina en áreas susceptibles de vulnerar, como la autonomía, la dignidad y los derechos de las personas.

Este imperativo ético de protección está plasmado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Ramírez y Pallares 2011, 3-9; Páez 2015, 121-22). Los valores que fundamentan dichos documentos están legitimados por múltiples tratados internacionales y simbolizan un compromiso global con la defensa de la vida. Por esta razón, su cumplimiento constituye una necesidad imperativa que debe atenderse en el presente, promoviendo prácticas más inclusivas y contextualizadas. Dichas acciones deben adecuarse a las condiciones específicas de cada región para resolver sus necesidades particulares y mitigar las desigualdades e injusticias que las atraviesan.

Según el GFBR (2022), en muchos países de ingresos bajos y medianos, menos de 2 % del presupuesto de salud se destina a salud mental. En la actualidad, los trastornos de salud mental no tratados representan 13 % de la carga mundial total de morbilidad. Por otro lado, se estima que 75 millones de personas vivirán con demencia para 2030, cifra que aumentará a 131.5 millones para 2050. En términos generales, una de cada ocho personas tiene un problema de salud mental; de hecho, 80 % de las personas susceptibles de sufrir problemas de salud mental a lo largo de su vida proceden de países de renta baja. Se calcula que 75 % de los problemas de salud mental se originan entre los 15 y 24 años. En ese sentido, existe una brecha de tratamiento que se refiere al porcentaje de individuos que requieren atención, pero no lo reciben por diversos motivos. Este término implica una connotación médica y sugiere que la ausencia de intervención biomédica es la principal carencia, lo que excluye enfoques de atención psicológica, comunitaria y social que podrían ser más valiosos

y eficaces. Hoy en día, más de 71 % de las personas no recibe atención oportuna que prevenga los trastornos mentales; asimismo, se carece de personal distribuido de manera estratégica para informar y brindar atención integral.

La depresión es un problema de salud pública que, si bien contempla diversos elementos médicos, abarca ámbitos personales, sociales y culturales. Al respecto, Ann Cvetkovich (2012) sostiene que la depresión no debe entenderse de forma exclusiva como una enfermedad médica, sino como una respuesta social, cultural y política a condiciones estructurales como el capitalismo, el racismo, el sexismo y la homofobia. En ese sentido, la depresión puede ser pensada como un “sentimiento público”, es decir, como una forma de malestar colectivo que refleja experiencias históricas compartidas de precariedad, exclusión o trauma. Bajo esta premisa, los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de proporcionar información objetiva y facilitar que los pacientes tomen sus propias decisiones, brindado apoyo en todas las dimensiones derivadas de dicha autonomía. El valor intrínseco de la vida constituye el valor “fundamental”, precisamente porque sobre la existencia física se apoyan y se desarrollan todos los demás valores de la persona; éstos, a su vez, se extienden hacia otras expresiones de vida, reflejando el vínculo entre seres humanos, así como la relación que mantenemos con la naturaleza y la alteridad.

Los hechos y resultados mostrados a lo largo de este texto demuestran que existe una clara estigmatización que impulsa la discriminación y el abuso contra las personas cuya salud mental es clasificada o calificada como vulnerable. Debido a la necropolítica neoliberal aplicada en los Estados terapéuticos

—donde predomina una percepción social negativa sobre los trastornos y sobre quienes los padecen— se profundiza el estigma y la atención institucional es precaria. El diagnóstico que ofrecen informes y reportes globales coincide en que las sociedades actuales no han invertido ni asignado los recursos para combatir con éxito el problema de la depresión. Sólo se ha eludido y paliado lo que está costando billones de dólares a la economía global; sobre todo millones de vidas humanas debido a la gestión práctica y la necropolítica neoliberal. Hoy más que nunca es indispensable priorizar el cuidado de la vida humana y su salud mental más que el rédito, la acumulación de riqueza, la utilidad o la maximización y mejora exponencial de las capacidades humanas.

Conclusión

La bioética se constituye como una herramienta para la democracia cuando el contexto exige la toma responsable y prudente de decisiones frente a problemas político-públicos. No es sólo un ejercicio intelectual o clínico, sino una herramienta política y ética al servicio de la democracia y la emancipación sobre el control y dominio ciego de las expresiones de vida. Su objetivo es asegurar que el desarrollo científico y tecnológico, así como sus intervenciones, no sean antropocéntricos y se subordinen siempre a la realización concreta de los derechos humanos, la justicia social, la participación ciudadana, y el cuidado y conservación de todas las expresiones de vida y alteridad.

Aplicada a la salud mental, la necropolítica describe cómo decisiones políticas y económicas producen una exposición diferencial al sufrimiento y a la muerte autoinfligida: austeridad presupuestal, la criminalización del males-

tar, la militarización, la racialización del acceso y la medicalización tecnocrática sustituyen cuidados comunitarios y condiciones de vida digna. Este entramado cronifica depresión y distimia, fomenta la desesperanza y aumenta el riesgo de suicidio, en especial en poblaciones precarizadas (Mbembe 2011; Rose 2007). Siguiendo a María Casado (2015), en un mundo globalizado y gobernado por las ambiciones del mercado, la bioética debe proteger a las personas frente a la cosificación, la instrumentalización, la estigmatización, la desigualdad y la exclusión, abordando la depresión como un problema tanto local como global.

En nuestra realidad globalizada y neoliberal, la normalidad está abierta a la modificación médica; los individuos son redefinidos como portadores de riesgos conductuales, neuronales o emocionales, mientras la política de la salud se convierte en una gestión del cerebro, de las emociones y el afecto. Los Estados terapéuticos privatizan los discursos emocionales y cosifican la salud mental mediante el uso de tecnologías de la vida que, en mala praxis, han sido utilizadas para excluir, discriminar, controlar o lucrarse. Al respecto, Nikolas Rose (2007) señala que esto puede conducir a una psiquiatrización generalizada de la vida cotidiana, donde los malestares sociales son tratados como trastornos mentales y se abordan con intervenciones farmacológicas o conductuales. La bioética en este contexto se vuelve esencial para defender lo humano y la naturaleza desde una perspectiva crítica, equitativa y en profundidad democrática (Pérez y Rivero 2006, 23-27).

La depresión se perfila, hoy y hacia el futuro, como la forma hegemónica de incapacidad. Constituye hoy un problema global en profundidad medicalizado y, como señala Davies (2007,

73): “cuando los positivistas tratan de captar y cuantificar el problema inmensurable de la infelicidad, constatan que sus causas son mucho más profundas que lo que la política económica o médica podría calcular o aliviar”. Su diagnóstico, con frecuencia impreciso y reduccionista, no sólo tiende a patologizar el sufrimiento humano, sino que, al abordarse en exclusiva con paliativos farmacológicos, puede derivar en cuadros resistentes como la distimia. Este fenómeno, lejos de ser una simple recaída clínica, puede entenderse como una manifestación del fracaso del modelo hegemónico, e incluso como una expresión necropolítica, en la medida en que gestiona qué vidas merecen ser vividas y cuáles pueden ser abandonadas.

La medicalización de la vida, en este contexto, no sólo produce dependencia y estigmatización —instaurando una institucionalización de violencia estructural—, sino que posibilita condiciones que incentivan el riesgo de trastornos como la depresión. Frente a esta lógica, emergen alternativas biocéntricas que abogan por la salud integral, lo cual implica comprender el sufrimiento psíquico desde sus condiciones sociales, históricas y existenciales. Si se entiende la bioética como una disciplina orientada al análisis crítico y a la reflexión sistemática sobre las prácticas relacionadas con la salud y las intervenciones tecnocientíficas sobre la vida, entonces el abordaje de este problema adquiere un valor sustancial y urgente.

Referencias

- Afarian, Jorge Rubén. 2022. “El neoliberalismo reprime el dolor, ¿y qué más?: Notas sobre La sociedad paliativa de Byung-Chul Han”. *Ciencia, Docencia y Tecnología* 33 (64). <https://doi.org/10.33255/3364/1167>
- Ahmed, Sara. 2019. *La promesa de la felicidad: una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Caja Negra Editora.
- Apaydin, Elif A., Andrea R. Maher, Richard Shanman, Mary S. Booth, John N. Miles y Macy E. Sorbero. 2016. “A systematic review of St. John’s wort for major depressive disorder”. *Systematic Reviews* 5, 148. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0325-2>
- Arguedas, Gabriela, Flavio Gallardo Aceves, Héctor Augusto Mendoza Cárdenas, Ana Georgina Alba Betancourt, María de Jesús Medina Arellano. 2022. “Biopolítica, genética y propiedad sobre el cuerpo. Enseñanza Transversal” en *Bioética y Bioderecho. Cuadernos Digitales de Casos. Instituto de Investigaciones Jurídicas*. Consultado el 13 de abril de 2026. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/59669>
- Arizmendi Mar, Paula. 2011. “La nueva experiencia dolorosa: Un acercamiento a los sentidos del dolor en las sociedades contemporáneas”. *Revista Tales* 4: 229-39. Consultado el 14 de abril de 2026. https://revistatales.files.wordpress.com/2012/05/229_nro4nro-4.pdf
- Arizmendi Mar, Paula. 2014. “Pensar el dolor. Aproximaciones a una algodicea contemporánea”. Tesis doctoral, Universitat de Barcelona. <https://scispace.com/pdf/pensar-el-dolor-aproximaciones-a-una-algodicea-contemporanea-4bd1ue6vgr.pdf>

- Arizmendi Mar, Paula. 2023. *Lógicas del dolor. Introducción a una algodicea contemporánea*. Tirant Lo Blanch.
- Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. 2016. "Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority". BM. Consultado el 7 de junio de 2026. <https://www.worldbank.org/en/events/2016/03/09/out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-priority>
- Bauman, Zygmunt. 2017. *La globalización. Consecuencias humanas*. Fondo de Cultura Económica.
- Belsky, Jay, Charles R. Jonassaint, Michael Pluess, Michael Vicente Stanton, Beverly Brummett y Redford Williams. 2009. "Vulnerability genes or plasticity genes?". *Molecular Psychiatry* 14 (8): 746-54. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.44>
- Besley, Timothy, Joseph Marshall y Torsten Persson. 2023. "Well-being and state effectiveness". En *World Happiness Report 2023*, editado por John F. Helliwell, et al. Sustainable Development Solutions Network. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://worldhappiness.report/ed/2023/well-being-and-state-effectiveness/>
- Buedo, Paola. 2021. "Bioética feminista: un marco para pensar la autonomía en salud mental". *Revista Redbioética/UNESCO* 1 (23): 13-18. Consultado el 26 de abril de 2026. <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2022/02/RevistaBioetica23.pdf>
- Buedo, Paola. 2022. *Ethos mental. Bioética para repensar la salud mental*. Prometeo Libros.
- Buedo, Paola y Carina Gigante. 2015. "Utilización de plantas medicinales como alternativa a las benzodiazepinas: revisión bibliográfica". *Archivos de Medicina Familiar y General* 12 (2): 21-27. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/73>
- Buedo, Paola y Pedro Silberman. 2016. "Análisis contextual-relacional del sujeto: Herramienta para la entrevista psiquiátrica". *Interdisciplinaria* 33 (2): 251-65. Consultado el 26 de abril de 2026. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272016000200004&lng=es&tlng=es
- Buedo, Paola y Pedro Silberman. 2024. "¿Cómo incluir a la bioética en las carreras de medicina con currículas innovadoras?". *Investigación en Educación Médica* 13 (51): 109-16. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.51.24589>
- Buedo, Paola y Timothy Daly. 2024. "A contextual understanding of the high prevalence of depression in Latin America". *The Lancet Regional Health-Americas* 32: 100717. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100717>
- Buedo, Paola y Timothy Daly. 2024a. "Strengthening autonomy in mental health care through a relational approach". *Nature Mental Health* 2 (11): 1271-72. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00337-8>
- Burke, Jolanta. 2021. "Why some people find it harder to be happy." *The Conversation*, 26 de noviembre 2021. <https://theconversation.com/why-some-people-find-it-harder-to-be-happy-171692>
- Cabanas, Edgar y Eva IIIouz. 2019. *Happycracia: Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas*. Paidós.
- Campbell, Sue. 2000. "Catriona Mackenzie and Natalie Stoljar, Relational

- Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. New York, Oxford University Press, 2000". *Hypatia* 17 (2): 165-68. <https://doi.org/10.1017/S0887536700012599>
- Casado, María. 2015. *Bioética, derecho y sociedad*. Trotta.
- Casado, María. 2016. "Bioética y derechos humanos: sobre la bioética como herramienta para la democracia". *IUS ET VERITAS*, 24 (53): 172-80. <https://doi.org/10.18800/iusteveritas.201701.010>
- Centro John M. Eisenberg de Decisiones Clínicas y Ciencias de la Comunicación. 2012. "Terapias para la depresión resistente a tratamiento: Revisión de las investigaciones". En *Las Guías Sumarias de los Consumidores*. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99146/>
- Collins, Pamela Y., Vikram Patel, Sarah S. Joestl, Dan Chisholm, Thomas R. Insel, Abdallah S. Daar, et al. 2011. "Grand challenges in global mental health." *Nature* 475 (7354): 27-30. <https://doi.org/10.1038/475027a>
- Comisión Nacional de Bioética (Conbioética). 2023 "Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. Dra. Florencia Luna". Comenta Jennifer Hincapie Sanchez. Video de YouTube, 2:05:32. 28 de marzo de 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=qLmBLogocFY>
- Comisión Nacional de Bioética (Conbioética). 2023a. "Autonomía relacional. Dra. Paola Buedo". Video de YouTube, 30:44. 5 de julio de 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=j0Rl3C5m888>
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society: On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Cvetkovich Ann. 2012. *Depression: A Public Feeling*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822391852>
- Dafermos, Manolis. 2024. "Discussing the concept of crisis in cultural-historical activity research: A dialectical perspective." *Human Arenas* 7 (2): 273-92. <https://doi.org/10.1007/s42087-022-00289-4>
- Dai, Lili, Lingyan Chen y Wenjing Wang. 2020. "Safety and efficacy of saffron (*Crocus sativus* L.) for treating mild to moderate depression. A systematic review and meta-analysis". *Journal of Nervous and Mental Disease* 208 (4): 269-76. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001118>
- Davies, William. 2007. "La economía política de la infelicidad". *New Left Review* 71: 59-73. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://newleftreview.es/issues/71/articles/william-davies-economia-politica-de-la-infelicidad.pdf>
- Davies, William. 2016. "Sean felices a toda costa. Psicólogos, economistas y neurocientíficos buscan formas para medir el bienestar emocional". *El País*, 14 de octubre. https://elpais.com/cultura/2016/10/05/actualidad/1475679821_086990.html
- Davies, William. 2016a. *La industria de la felicidad: Cómo el gobierno y las grandes empresas nos vendieron el bienestar*. Malpaso Ediciones.
- De la Fuente, Juan Ramón y Gerhard Heinze. 2018. *Salud mental y medicina psicológica*. McGraw Hill.
- De la Fuente, Juan Ramón. 2012. "Impactos de la globalización en la salud mental". *Gaceta Médica de México*

- co 148 (6): 586-90. Consultado el 14 de abril de 2026. https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_586-590.pdf
- De la Fuente, Ramón y Francisco Javier Álvarez. 2015. *Biología de la mente*. Fondo de Cultura Económica.
- De Siqueira, José Eduardo. 2001. “El principio de responsabilidad de Hans Jonas”. *Acta Bioethica*, 7 (2): 277-85. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000200009>
- De Van Rivero, Vincent. 2022. “La campaña del Dr. Thomas Szasz contra la coacción psiquiátrica y el ‘Estado terapéutico’”. *Mises Wire*. Mises Institute, 22 de marzo de 2022. <https://mises.org/es/mises-wire/la-campana-del-dr-thomas-szasz-contr-la-coaccion-psi-quiatrica-y-el-estado-terapeutico>
- Della Vedova, María Nair. 2021. *Hacia un consentimiento informado relacional*. Tesis de maestría, FLACSO, Argentina. <http://hdl.handle.net/10469/18677>
- Domecq Gómez, Yoandra, Josué Freire Soler, Odalis Querts Méndez y Juan Lorenzo Columbié Reyes. 2020. “Consideraciones actuales sobre la iatrogenia”. *MEDISAN* 24 (5): 906. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99811>
- Ehrenreich, Barbara. 2011. *Sonríe o muere. Cómo el pensamiento positivo engañó a Estados Unidos y al mundo*. Turner.
- Escalante Gonzalbo, Fernando. 2016. *Historia mínima del neoliberalismo*. El Colegio de México-Turner.
- Estévez, Ariadna. 2020. “Biopolítica y necropolítica: ¿constitutivos u opuestos?” En *Necropolítica y migración en la frontera vertical mexicana. Un ejercicio de conocimiento situado*, editado por Amarela Varela Huerta, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas. Consultado el 21 de abril de 2026. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/6164-necropolitica-y-migracion-en-la-frontera-vertical-mexicana-un-ejercicio-de-conocimiento-situado>
- FLACSO Argentina. 2023. “Presentación del libro Ethos Mental: Bioética para re-pensar la salud mental de Paola Buedo”. Video de YouTube, 1:40:40. 21 de junio de 2023. <http://www.youtube.com/watch?v=-rvwhoUf0RE>
- Foucault, Michel. 1996. *La historia de los hombres infames*. Altamira.
- Foucault, Michel. 2006. *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France: 1977-1978*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. 2011. *Historia de la sexualidad I. Voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Foucault, Michel. 2015a. *La historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. 2015b. *La historia de la locura en la época clásica II*. Fondo de Cultura Económica.
- Frawley, Ashley. 2015. “Medicalization of social problems”. En *Handbook of the Philosophy of Medicine*, editado por Thomas Schramme y Steven Edwards. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_74-1
- Gallup. 2024. “State of the Global Workplace Report”. Consultado el 5 de enero de 2025. <https://www.gallup.com/394373/indicator-employee-engagement.aspx>
- González Valenzuela, Juliana. 1996. *El ethos, destino del hombre*. Fondo

- de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Filosofía y Letras.
- González Valenzuela, Juliana. 2007. *Ética y libertad*. Fondo de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Filosofía y Letras.
- González Valenzuela, Juliana. 2017. *Bíos. El cuerpo del alma y el alma del cuerpo*. Fondo de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guillén, Héctor. 2018. “Los orígenes del neoliberalismo: del Coloquio Lippmann a la Sociedad del Mont-Pèlerin”. *Economía UNAM* 15 (43): 7-42. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v15n43/1665-952X-eunam-15-43-7.pdf>
- Han, Byung-Chul. 2021. *Psicopolítica*. Traducido por Alfredo Bergés. Herder Editorial.
- Han, Byung-Chul. 2022. *La sociedad paliativa*. Herder Editorial.
- Han, Byung-Chul. 2023. *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial.
- Harvey, David. 2007. *Breve historia del neoliberalismo*. Ediciones Akal.
- Hausenblas, Heather Ann, Debra Saha, Pamela Jean Dubyak y Stephen Douglas Anton. 2013. “Saffron (*Crocus sativus* L.) and major depressive disorder: A meta-analysis of randomized clinical trials”. *Journal of Integrative Medicine* 11 (6): 377-83. <https://doi.org/10.3736/jintegrated2013056>
- Higgs, Robert. 2011. “El sueño de la Sociedad Mont Pelerin”. *Mises Daily*, 31 de mayo 2011. <https://mises.org/es/mises-daily/el-sueno-de-la-sociedad-mont-pelerin>
- Hincapie Sanchez, Jennifer y María de Jesús Medina Arellano 2019. *Bioética: teorías y principios. Enseñanza Transversal en Bioética y Biodercho: Cuadernos Digitales de Casos*. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas. Consultado el 21 de abril de 2026. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5031095>
- ILGA World. 2024. “State-Sponsored Homophobia Report”. Consultado el 5 de enero 2026. <https://ilga.org>
- Illich, Iván. 1975. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Global Burden of Disease 2025. Findings of the GBD 2023 Study*. IHME. Consultado el 24 de junio de 2026. <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2023-findings-gbd-2023-study>
- International Association for Suicide Prevention. 2025. “Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Estadísticas Mundiales de Suicidio”. Consultado el 14 de abril 2026. <https://www.iasp.info/wp-content/uploads/Spanish-Facts-and-Figures-IASP-WSPD.pdf>
- Johns Hopkins Medicine. 2025. “Dysthymia”. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/dysthymia>
- Jonas, Hans. 1995. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una Ética para la civilización tecnológica*. Herder. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt9k2sz>
- Kao-Ping, Chua, Anna Volerman, Jason Zhang, Joanna Hua, Rena M. Conti. 2024. “Antidepressant dispensing to US adolescents and young adults: 2016-2022”. *Pediatrics* 153 (3): e2023064245. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-064245>

- Kjell, Oscar, Giorgi Salvatore, H. Andrew Schwartz y Johannes C. Eichstaedt. 2023. "Towards well-being measurement with social media across space, time and cultures: Three generations of progress". En *World Happiness Report 2023*, editado por John F. Helliwell, et al. Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/ed/2023/towards-well-being-measurement-with-social-media-across-space-time-and-cultures-three-generations-of-progress/>
- Knapp, Martin y Gloria Wong. 2020. "Economics and mental health: The current scenario". *World Psychiatry* 19 (1): 3-14. <https://doi.org/10.1002/wps.20692>
- Kross, Ethan, Philippe Verduyn, Emre Demiralp, et al. 2013. "Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults". *PLOS one* 8 (8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069841>
- Layard, Richard. 2005. *La felicidad. Lecciones de una nueva ciencia*. Taurus.
- Lazo Vela, José Eduardo. 2025. "¿Qué significa la felicidad en el neoliberalismo? Una mirada semiótica". *Filosofía en la Red*, 5 de septiembre de 2025. <https://filosofiaenlared.substack.com/p/semiota-felicidad-neoliberal>
- Lazo Vela, José Eduardo. 2025. *La ciencia de la infelicidad: Una expresión de antropocentrismo*. Fundación Jaime Roca. Consultado el 24 de junio de 2026. https://issuu.com/premiobioetica/docs/1er_premio_de_bio_tica_2025
- Lazo Vela, José Eduardo. 2025. "La felicidad neoliberal y su impacto en la salud mental". *Animal Político*, 19 de noviembre 2025. <https://www.animalpolitico.com/analisis/organizaciones/una-vida-examinada-reflexiones-bioeticas/felicidad-neoliberal-impacto-salud-mental>
- Lazo Vela, José Eduardo. 2025. "Semiótica de la felicidad: el signo neoliberal del bienestar." *Filosofía en la Red*, 28 de junio de 2025. <http://filosofiaenlared.com/2025/06/felicidad-signo-neoliberal/>
- Linde, Klaus, Cynthia D. Mulrow, Michael M. Berner y Matthias Egger. 2005. "St. John's wort for depression". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2): CD000448. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000448.pub2>
- Luna, Florencia y Paola Buedo. 2024. "Vulnerability and its application to the case of mental health and climate change". En *Encyclopedia of the Anthropocene*. Elsevier
- Lyubomirsky, Sonja, Kennon M. Sheldon, David Schkade. 2005. "Pursuing happiness: The architecture of sustainable change". *Review of General Psychology* 9 (2): 111-31. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- Lyubomirsky, Sonja. 2021. *La ciencia de la felicidad. Un método probado para conseguir el bienestar*. Urano.
- Mackenzie, Catriona. 2021. "Relational Autonomy". En *The Oxford Handbook of Feminist Philosophy*, editado por Kim Q. Hall y Ásta. Oxford University Press.
- Mainetti, José Alberto. 2014. "Bioética del poshumanismo y el mejoramiento humano". *Revista Red-bioética/UNESCO* 5 (1): 33-44. Consultado el 21 de abril de 2026. <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art3-Mainetti-A5V1N9-2014.pdf>
- Mbembe, Achille. 2011. *Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*. Traducción y edición a

- cargo de Elisabeth Falomir Archambault. Editorial Melusina.
- Medina Mora, María Elena, Ricardo Orozco, Claudia Rafful, et al. 2023. “Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021”. *Gaceta Médica de México* 159 (6): 527-38. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000376>
- Menéndez, Eduardo L. 1988a. “Modelo médico hegemónico y atención primaria”. En *Antropología médica: orientaciones teóricas*, compilado por Eduardo L. Menéndez y Margarita E. Di Pardo, 123-45. Ediciones Lugar.
- Menéndez, Eduardo L. 1988b. “Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”. *Revista de Ciencias Sociales* 4 (2): 231-45. Consultado el 16 de abril de 2026. https://hjunin.ms.gba.gov.ar/files/residencias/bibliograficomun/modelo_hegemonico.pdf
- Menéndez, Eduardo L. 1990. “El modelo médico hegemónico: estructura, funciones y crisis”. En *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez, Eduardo L. 2013. “Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural”. *Salud Colectiva* 9 (1): 11-23. Consultado el 16 de abril de 2026. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>
- Menéndez, Eduardo L. 2020. “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”. *Salud Colectiva* 16: e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Metzler, Hannah, Max Pellert, David Garcia. 2022. “Using social media data to capture emotions before and during COVID-19”. En *World Happiness Report 2022*, editado por John F. Helliwell, et al. Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/ed/2022/using-social-media-data-to-capture-emotions-before-and-during-covid-19/>
- National Institute of Mental Health. 2024. “Depresión”. Consultado el 16 de abril de 2026. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>
- Nurzyńska-Wierdak Renata. 2024. “Plants with potential importance in supporting the treatment of depression: Current trends, and research”. *Pharmaceuticals* 17 (11): 1489. <https://doi.org/10.3390/ph17111489>
- Organización de las Naciones Unidas. 2006. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. ONU. Consultado el 7 de junio de 2026. <https://www.un.org/disabilities/convention/>
- Organización de las Naciones Unidas. 2011. *Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de julio de 2011*. ONU. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n11/420/73/pdf/n1142073.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. 2015. *Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030)*. ONU Consultado el 7 de junio de 2026. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Organización de las Naciones Unidas. 2015a. *Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución

- A/RES/70/1. ONU. Consultado el 7 de junio de 2026. https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. 2001. “Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”. OMS. Consultado el 8 de octubre de 2025. <https://iris.who.int/items/e66ebb27-95b7-4127-a705-af4b6e836f37>
- Organización Mundial de la Salud. 2022. *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*. OMS. Consultado el 4 de mayo de 2026. <https://www.who.int/es/publications/item/9789240031029>
- Organización Mundial de la Salud. 2024. *Mental Health Atlas 2024*. World Health Organization. OMS. Consultado el 16 de abril de 2026. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5897b3c7-2848-47a7-ba22-0a7902342a81/content>
- Organización Mundial de la Salud. 2025. “Salud mental”. OMS, 8 de octubre de 2025. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud. 2023. *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Health at a Glance: Europe 2024 State of Health in the EU Cycle*. OCDE Consultado el 5 de junio de 2026. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- Ortega Bravo, Sergio Esteban. 2021. “Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto de Joseph-Achilles Mbembe”. *Revista Ethika+* (3): 341-45. <https://doi.org/10.5354/2452-6037.2021.61211>
- Paéz, Ricardo. 2015. *Pautas Bioéticas. La industria farmacéutica entre la ciencia y el mercado*. Fondo de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pappas, Jane J., Natasha DesRochers, Bindu Tuteja, et al. 2025. “Ecotoxicological implications of increased antidepressant concentrations in the Laurentian Great Lakes Basin, 2018-2023.” *Science of the Total Environment* 981: 179331. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2025.179331>
- Patel, Vikram, Shekhar Saxena, Crick Lund, et al. 2018. “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”. *The Lancet* 392 (10157): 1553-98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pearce, David. 2007. “The Abolitionist Project”. Consultado el 16 de abril de 2026. <https://www.abolitionist.com>
- Pearce, David. 2010. “Top Five Reasons Transhumanism Can Eliminate Suffering”. <https://www.hedweb.com/transhumanism/five-reasons.html>
- Poolovadoo, Ayush. 2023. “El Estado utiliza el trauma como arma contra gente inocente”. *Mises Wire, Instituto Mises* 1 de febrero de 2023. <https://mises.org/es/mises-wire/el-estado-utiliza-el-trauma-como-arma-contra-gente-inocente>
- Prince, Martin, Vikram Patel, Shekhar Saxena, et al. 2007. “No health without mental health”. *The Lancet* 370 (9590): 859-77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Programa Universitario de Bioética (PUB) UNAM. 2023. “Bioética y salud mental”. Impartida por Paola Buedo. Video de YouTube, 2:25:55. 6 de

- marzo de 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=JkqXumnvXuk>
- PsychDB. 2024. “Biopsychosocial Model and Case Formulation”. Consultado el 16 de abril de 2026. <https://www.psychdb.com/teaching/biopsychosocial-case-formulation>
- Ramírez García, Hugo y Pedro Pallares Yabur. 2011. *Derechos humanos*. Oxford University Press.
- Ramírez García, Hugo y Pedro Pallares Yabur. 2021. *Derechos humanos. Promoción y defensa de la dignidad*. Tirant Lo Blanch.
- Rivero Weber, Paulina y Ruy Pérez Tamayo. 2006. “Ética y bioética”, *Neos* 28 (343): 23-27.
- Rivero Weber, Paulina. 2004. “Apología de la inmoralidad”. Seminario El ejercicio actual de la medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 30 de enero de 2004. Consultado el 21 de abril de 2026. https://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_ene_2k4.htm
- Rivero Weber, Paulina. 2015. *Ética: un curso universitario*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivero Weber, Paulina. 2021. *Introducción a la bioética. Desde una perspectiva filosófica*. Fondo de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romaní Rivera, Alex, Sergi Parellada Guillamón y Francisco Tirado Serrano. 2024. “El gobierno del bienestar: ¿hacia un ‘mundo feliz?’” *Papeles del Psicólogo* 45 (2): 83-90. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3036>
- Romero Reinaldo, Yanet, Elisbeth Pérez Montes de Oca y Niurka Álvarez Belett. 2023. “La iatrogenia en la práctica médica actual/Iatrogenia in current medical practice”. *Archivos del Hospital Universitario “General Calixto García”* 11 (1). Consultado el 16 de abril de 2026. <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1030>
- Rose, Nikolas. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. University Press.
- Rothbard, Murray N. 2021. “Cómo el Estado se preserva a sí mismo —y lo que el Estado teme”. *Mises Wire*. *Mises Institute*, 13 de enero de 2021. <https://mises.org/es/mises-wire/como-el-estado-se-preserva-si-mismo-y-lo-que-el-estado-teme>
- s&s Insider. 2024. “Antidepressants Market Size, Share & Global Forecast 2024-2032”. Consultado el 5 de enero de 2026. <https://www.snsinsider.com/reports/antidepressants-market-3074>
- Santillán Doherty, Patricio y Rogelio Pérez-Padilla. 2023. “On clinical research and the pharmaceutical industry. Sobre la investigación clínica y la industria farmacéutica”. *Gaceta Médica de México* 159 (4): 354-55. <https://doi.org/10.24875/GMM.M23000790>
- Santillana Meneses, Gustavo A. 2021. *La industria farmacéutica en México. Una perspectiva y régimen jurídico*. Tirant Lo Blanch.
- Seligman, Martin Peter. 2018. *La auténtica felicidad*. Penguin Random House.
- Stiegler, Barbara. 2019. *Il faut s'adapter: Sur un nouvel impératif politique*. Gallimard.
- Sulmasy, Daniel P. 2002. “A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life”. *The Gerontologist* 42 (3): 24-33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Sunstein, Cass R. 2017. *Paternalismo libertario*. Traducido por Martha Palacio Avendaño. Herder.

- Sunstein, Cass R. 2023. *Sobre la libertad*. Traducción de Tomás Granados Salinas. Grano de Sal.
- Szasz, Thomas. 1974. *El mito de la enfermedad mental*. Barral Editores.
- Tealdi, Juan Carlos, dir. 2008. *Diccionario latinoamericano de bioética*. UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética-Universidad Nacional de Colombia.
- Thaler, Richard y Cass R. Sunstein. 2017. *Un pequeño empujón: El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad*. Taurus.
- The Global Forum on Bioethics in Research (GFBR). 2022. *Meeting report: Ethical issues arising in research with people with mental health conditions*. <https://www.gfbr.global/wp-content/uploads/2022/11/GFBR-2021-meeting-report-Final.pdf>
- Torres, Mauricio. 2019. *Neoliberalismo y subjetividad: una genealogía de la felicidad y de la autoayuda moderna*. Universidad Pedagógica Nacional. Consultado el 21 de abril de 2026. <http://www.jstor.org/stable/j.ctvpwhd12>
- UNESCO. 2006. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- UNESCO. 2023. *Neurotecnologías y derechos humanos en América Latina y el Caribe: desafíos y propuestas de política pública*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000387079>
- Van Zee, Art. 2009. "The promotion and marketing of oxycontin: commercial triumph, public health tragedy". *American Journal of Public Health* 99 (2): 221-27. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.131714>
- Vázquez Canales, Luz de Myotanh. 2023. "La gran epidemia del siglo XXI se llama salud mental". *Atención Primaria Práctica* 5 (4): 100184. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100184>
- Verified Market Reports. 2023. "Global Self-Help Health Detectors Market by Type (Portable, Desktop), by Application (Hospital, Clinic), by Geographic Scope and Forecast". Consultado el 5 de enero de 2026. <https://www.verifiedmarketreports.com/product/self-help-health-detectors-market/>
- Winslow, Charles-Edward Amory. 1920. "The untilled fields of public health". *Science* 51 (1306): 23-33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>
- World Health Organization. 2023. *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO. <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>
- Zapata Clavería, Miguel Alberto. 2015. "Expertos y libertad en el paternalismo libertario". *Revista Digital Universitaria* 16 (4). Consultado el 21 de abril de 2026. <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num4/art27/index.html>
- Zivin, Kara, Magdalena M. Paczkowski y Sandro Galea. 2011. "Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities". *Psychological Medicine*, 41 (7): 1343-48. <https://doi.org/10.1017/S003329171000173X>
- Zola, Irving Kenneth. 1972. "Medicine as an institution of social control". *The Sociological Review*, 20 (4): 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1972.tb00220.x>