



Cómo citar este artículo:

González-Romero OdL.
Pastillas para el alma:
cuando la psiquiatría olvida
escuchar el sufrimiento.
MedEst. [Internet]. 2026
[citado acceso fecha];
6:e460. Disponible en:
<https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/460>

Palabras Clave:

Sobremédicalización;
Psicofármacos;
Psicoterapia; Sufrimiento
Psíquico; Humanización.

Keywords:

Overmedicalization;
Psychotropic Drugs;
Psychotherapy; Psychic
Suffering; Humanization.

Autor para correspondencia:

osvaldodelazaro041996@gmail.com

Recibido: 27/11/2025

Aceptado: 22/02/2026

Editor(es) a cargo:

Karen Oviedo Pérez.

Traductor:

MSc. Maritza Núñez
Arévalo

Maquetador:

Carlos Luis Vinageras
Hidalgo

Pastillas para el alma: cuando la psiquiatría olvida escuchar el sufrimiento

Pills for the Soul: When Psychiatry Forgets to Listen to Suffering

Osvaldo de Lázaro González Romero ¹ 

¹ Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Octavio de la Concepción de la Pedraja". Orden "Carlos J. Finlay". Camagüey, Cuba.

RESUMEN

El modelo de atención en salud mental ha girado de manera preocupante hacia la farmacología en las últimas décadas, relegando la psicoterapia y la comprensión del sufrimiento humano a un plano secundario. Esta tendencia medicaliza respuestas humanas normativas y empobrece la calidad del cuidado. Se decide realizar este artículo con el objetivo de analizar de forma crítica la prescripción excesiva de psicofármacos, la subutilización de la psicoterapia basada en evidencia y las consecuencias humanas de ignorar la dimensión experiencial del sufrimiento psíquico. En su desarrollo, se examinan las fuerzas impulsoras de la sobremédicalización, se contrasta la evidencia de tratamientos psicológicos frente a farmacológicos y se explora el impacto clínico y existencial de desatender la narrativa del sufrimiento. Se concluye que el abuso de psicofármacos y la desatención a la psicoterapia representan una iatrogenia social que deshumaniza el cuidado, por lo que es urgente un reequilibrio hacia prácticas que prioricen la escucha, la relación terapéutica y la comprensión del dolor como experiencia significativa, utilizando la farmacología con medida y sabiduría.

ABSTRACT

The mental health care model has turned worryingly towards pharmacology in recent decades, relegating psychotherapy and the understanding of human suffering to a secondary plane. This tendency medicalizes normative human responses and impoverishes the quality of care. It was decided to write this article with the aim of critically analyzing the excessive prescription of psychotropic drugs, the underutilization of evidence-based psychotherapy, and the human consequences of ignoring the experiential dimension of psychic suffering. In its development, the driving forces of overmedicalization are examined, the evidence of psychological versus pharmacological treatments is contrasted, and the clinical and existential impact of neglecting the narrative of suffering is explored. It is concluded that the abuse of psychotropic drugs and the neglect of psychotherapy represent a social iatrogenesis that dehumanizes care, so there is an urgent need for a rebalancing towards practices that prioritize listening, the therapeutic relationship and the understanding of pain as a meaningful experience, using pharmacology with moderation and wisdom.

Imaginemos a una mujer de 30 años de vida que acude a consulta arrastrando una tristeza profunda. Su matrimonio se desmorona desde hace años, se siente atrapada en un trabajo sin sentido y la soledad se ha convertido en su compañera más fiel. Hace dos décadas, un terapeuta habría explorado con ella esas grietas existenciales. Hoy, con demasiada frecuencia, tras una consulta de apenas diez minutos, sale con una receta de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. La pastilla quizá amortigüe el peso de su dolor, pero ¿qué hacemos con el dolor mismo? ¿Con su historia? ¿Con las razones vitales, concretas y apremiantes, que la mantienen al borde del llanto constante?

Este escenario se repite a diario en consultorios de todo el mundo, y revela un cambio profundo en cómo entendemos y atendemos el malestar psíquico. Hemos confundido, con peligrosa ligereza, el alivio sintomático con la curación, y la neuroquímica con la biografía. Este artículo nace de una inquietud clínica y ética: como psiquiatra, observo cómo medicalizamos el sufrimiento humano a escala epidémica, mientras dejamos morir de inanición las herramientas que mejor podrían ayudar a las personas a dar sentido a su dolor y transformar sus vidas. No se trata de un debate abstracto, sino de una cuestión que determina la calidad de la recuperación de millones de personas.

Por lo antes expuesto el objetivo de este artículo es: valorar de forma crítica la prescripción excesiva de psicofármacos, la subutilización de la psicoterapia basada en evidencia y las consecuencias humanas de ignorar la dimensión experiencial del sufrimiento psíquico.

Si se observan las cifras de prescripción de antidepresivos y ansiolíticos en las últimas dos décadas, la curva ascendente resulta alarmante. Su consumo se ha disparado muy por encima de cualquier incremento plausible en la prevalencia de trastornos mentales graves.

- (1) ¿A qué se debe esto? Parte de la respuesta reside en una poderosa narrativa, impulsada durante años por la industria farmacéutica, que nos convenció de que problemas como la depresión eran, en esencia, un "desequilibrio químico" cerebral, algo tan físico como la diabetes.
- (2) Esta idea, aunque desde la ciencia es simplista y hoy fuertemente cuestionada, caló hondo: ofrecía una explicación rápida, eximía de culpa ("es mi cerebro, no yo") y prometía una solución inmediata. (3)

El problema fundamental radica en que esta medicalización del malestar ha ido colonizando territorios que antes pertenecían al ámbito de la experiencia humana normal. Emociones como la tristeza por una pérdida, la ansiedad ante la incertidumbre o el agotamiento derivado de una vida desequilibrada han sido de forma progresiva reclasificadas como síntomas de trastornos susceptibles de

tratamiento farmacológico. ⁽⁴⁾ Este fenómeno se ve agravado por una realidad estructural: las consultas se han vuelto más breves, los sistemas sanitarios priorizan la resolutiveidad inmediata y, en términos de tiempo y coste administrativo, recetar un fármaco resulta mucho más económico que ofrecer una hora semanal de psicoterapia. El resultado es un modelo asistencial que, por diseño, premia la prescripción y penaliza la escucha.

Frente a este paradigma, la psicoterapia, ese espacio consagrado con precisión a la escucha, la conexión humana y la exploración de significados, lucha por mantener su relevancia. Lo hace, además, respaldada por una evidencia científica abrumadora sobre su eficacia. Para la depresión moderada, por ejemplo, la psicoterapia demuestra una efectividad comparable a la medicación a corto plazo y resulta de gran significación su superioridad en la prevención de recaídas a largo plazo, ya que dota a la persona de herramientas y comprensiones que trascienden la duración del tratamiento farmacológico. ⁽⁵⁾ En el caso de los trastornos de ansiedad, los enfoques psicológicos constituyen, de hecho, la intervención de primera línea recomendada. ⁽⁶⁾ La terapia no se limita a enmascarar síntomas; opera sobre sus raíces. Facilita que una persona comprenda por qué colapsa ante ciertas críticas, aprenda a tolerar la angustia sin quedar paralizada por ella y reconstruya una narrativa vital en la que no se perciba de forma única como víctima. Su "efecto secundario" característico no es el aumento de peso o la disfunción sexual, sino el fortalecimiento de la autoconciencia, la autonomía y la capacidad para relacionarse.

Pero el daño más sutil y profundo de este desequilibrio no se mide solo en tasas de recaída o en efectos adversos. Se mide en silencios. Cuando convertimos el sufrimiento en un conjunto de síntomas que hay que eliminar, le robamos su voz. Le negamos su estatus de mensajero legítimo. El dolor psíquico, por insoportable que sea, casi siempre nos está diciendo algo: que estamos atrapados en una relación tóxica, que traicionamos nuestros valores, que no hemos llorado una pérdida, que nuestro modo de vida nos está matando el alma. La pastilla puede acallar a ese mensajero, puede apagar la alarma, pero deja el incendio intacto. Peor aún, convence al paciente de que el problema era un fallo en su cableado interno desviando la atención de las circunstancias externas: laborales, familiares, sociales que con frecuencia son las verdaderas fuentes del padecer. ⁽⁷⁾

Esta dinámica genera una dependencia paradójica. Muchos pacientes, tras años de medicación, se sienten atrapados en un ciclo en el que intentar reducir la dosis desencadena ansiedad o desregulación emocional, síntomas que tanto ellos como sus médicos suelen atribuir a la reaparición de la "enfermedad de base". Sin embargo, en numerosos casos, lo que se manifiesta es en realidad un síndrome de

abstinencia prolongado y de manera frecuente mal identificado. ⁽⁸⁾ De este modo, el fármaco que prometía liberar termina encadenando, al tiempo que se diluye la oportunidad de abordar lo que verdaderamente subyace al sufrimiento. Se medicaliza así la experiencia vital y se patologiza la búsqueda de sentido.

Llegado a este punto, el diagnóstico es claro, aunque incómodo: hemos erigido un modelo de atención en salud mental que, en su prisa por aliviar, con frecuencia olvida curar; que confunde la supresión química del sufrimiento con su sanación; que concibe a las personas como meros receptáculos de neurotransmisores desajustados, y no como autores de biografías fracturadas que claman por ser escuchadas. ⁽⁹⁾

Cabe aclarar, con énfasis, que no se trata de demonizar todos los psicofármacos. En contextos de crisis aguda o de sufrimiento intenso que incapacita por completo, pueden representar una tabla de salvación indispensable. ⁽¹⁰⁾ El problema surge cuando dejan de ser una herramienta puntual para convertirse en la piedra angular del sistema, una distorsión de consecuencias profundas. Frente a esto, la psicoterapia y el acompañamiento relacional no deben verse como complementos prescindibles, sino como la intervención fundamental y más eficaz a largo plazo para la mayoría de los malestares psíquico.

Por ello, el cambio que necesitamos es a la vez sistémico y cultural. Necesitamos sistemas de salud que financien y valoren el tiempo de la psicoterapia tanto como el de la prescripción. Necesitamos formar a médicos y psicólogos que sepan tolerar la incertidumbre del sufrimiento, que puedan escuchar sin precipitarse a tapan el agujero con una receta. Y, sobre todo, necesitamos recuperar el valor de la narrativa. Debemos volver a preguntar "¿qué le duele?" antes que "¿qué síntomas tiene?". Debemos entender que detrás de cada diagnóstico hay una historia de pérdidas, traiciones, amores fallidos y sueños rotos que merece ser contada y escuchada.

El sufrimiento psíquico no es un error de la evolución que la química debe corregir. Es la señal de un ser humano que lucha por encontrar su lugar en el mundo. Nuestra tarea como clínicos, y como sociedad, no es solo silenciar esa señal, sino ayudar a descifrar su mensaje. El uso de la psicoterapia, que más allá de su probada eficacia, acerca al terapeuta con el paciente sin que medien únicamente indicaciones médicas y psicofármacos porque olvidar el componente psicológico y social es una iatrogenia. El futuro de una psiquiatría y una psicología que de verdad sean compasivas y eficaces depende de que recuperemos el coraje para sentarnos con el dolor ajeno, mirarlo a los ojos, y preguntarle, sencilla y con humildad: "¿Qué te trae por aquí?".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wang GH, Lai EC, Goodin AJ, Reise RC, Shorr RI, Lo-Ciganic WH. Injurious Fall Risk Differences Among Older Adults With First-Line Depression Treatments. JAMA Netw Open. 2024 Aug 2;7(8):e2435535. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.35535.
2. Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, Amendola S, Hengartner MP, Horowitz MA. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. Mol Psychiatry. 2023 Aug;28(8):3243–56. doi: 10.1038/s41380-022-01661-0.
3. Jauhar S, Arnone D, Baldwin DS, Bannister C, Bazargani N, Blier P, et al. A leaky umbrella has little value: evidence clearly indicates the serotonin system is implicated in depression. Mol Psychiatry. 2024 Sep;29(9):2639–55. doi: 10.1038/s41380-024-02625-0.
4. Beeker T. Psychiatrization in mental health care: The emergency department. Front Sociol. 2022 Dec 9;7:793836. doi: 10.3389/fsoc.2022.793836.
5. Di Nota PM, Bahji A, Groll D, Carleton RN, Anderson GS. Proactive psychological programs designed to mitigate posttraumatic stress injuries among at-risk workers: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2021 May 17;10(1):126. doi: 10.1186/s13643-021-01677-7.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [Internet]. London: NICE; 2011 Jan 26 [citado 20/11/2025]. (Clinical guideline [CG113]). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
7. Wong PTP, Cowden RG, Mayer CH, Bowers H. Varieties of suffering in the clinical setting: re-envisioning mental health beyond the medical model. Front Psychol. 2023 Jun 26;14:1155845. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1155845.
8. Framer A. What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. Ther Adv Psychopharmacol. 2021 Feb 11;11:2045125321991274. doi: 10.1177/2045125321991274.
9. Rodríguez Vega JL, Guevara Vásquez AM, Celso Pardi P, Mejía Pinedo DA, Gómez Segura LF, Calderón Mundaca WL. Eficacia comparativa entre antidepresivos y psicoterapia. Rev. Hosp. Psiqu. Hab. [Internet]. 21 de diciembre de 2022 [citado

20/11/2025];19(2):e234. Disponible en:
<https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/23>

10. García Penedo H, Lorenzo Ruiz A, Cerquera Córdoba AM, Verdecia Machado MR, Santana Gallardo Y, Blanco Limés L. Efectividad de la psicoterapia experiencial correctiva en drogodependientes en el Hospital Psiquiátrico de La Habana. Rev. Hosp. Psiqu. Hab. [Internet]. 15 de noviembre de 2025 [citado 20/11/2025];17(2). Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/174>

CONFLICTOS DE INTERÉS

No existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

El autor no recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

El autor declara que no se utilizó inteligencia artificial en la redacción de este manuscrito.