

Diagnósticos, psicofármacos e injusticia epistémica: economía de la (no) credibilidad en pacientes psiquiátricos

Christiansen, M. (2023). Diagnósticos, psicofármacos e injusticia epistémica: economía de la (no) credibilidad en pacientes psiquiátricos *Revista Cultura y Droga*, 28(36), 128-154. <https://doi.org/10.17151/culdr.2023.28.36.6>

María Luján Christiansen*


Recibido: 14 de marzo de 2023

Aprobado: 15 de mayo de 2023

Resumen

Este artículo explora la compleja relación entre las dinámicas clasificadoras de la psiquiatría médica y la noción filosófica de *injusticia epistémica*, propuesta por Miranda Fricker en 1990. El punto de partida en este trabajo es el pronunciamiento que los filósofos Crichton, Carel y Kidd realizaron al respecto en el boletín de la *Revista Británica de Psiquiatría* en 2017. El objetivo es 1) reflexionar críticamente sobre los aciertos y desaciertos de dicho planteamiento; 2) ampliar la propuesta de dichos autores de modo de incluir las *dos* modalidades que la injusticia epistémica puede adoptar en lo que concierne a los sistemas diagnósticos del tipo de *DSM5-TR* o *CIE-11*, a saber: la *injusticia testimonial* y la *injusticia hermenéutica*. Para la consecución de estos objetivos, se ha llevado a cabo un análisis documental de obras seleccionadas, las cuales conforman el aparato crítico-argumental de este trabajo. Como resultado de este recorrido, se propone la introducción e impulso de una *perspectiva de segunda persona*, que se constituya en un espacio de construcción *colaborativa* entre el profesional, el consultante y el entorno cuidador al momento de tomar decisiones clínicas importantes (una alternativa a las unilaterales perspectivas de primera y tercera persona). Tal recurso representa un esfuerzo por poner en valor la dimensión interpretativa, comprensivista y socioconstruccionista de la psiquiatría.

Palabras clave: psiquiatría, psicofármaco, injusticia epistémica, sicionarrativas, segunda persona.

* Doctora en Filosofía de la Ciencia por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesora-Investigadora en la Universidad de Guanajuato, México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (CONAHCYT). E-mail: mariachr@ugto.mx  orcid.org/0000-0003-2493-4812. **Google Scholar**



Cultura y Droga, 28, (36), julio-diciembre 2023, 128-154
ISSN: 0122-8455 (Impreso) ISSN: 2590-7840 (En línea)

Diagnoses, psychotropic drugs and epistemic injustice: economics of (non)credibility in psychiatric patients

Abstract

This article explores the complex relationship between the classifying dynamics of medical psychiatry and the philosophical notion of *Epistemic Injustice*, proposed by Miranda Fricker in 1990. The starting point in this work is the statement that the philosophers Crichton, Carel and Kidd made in this regard in the bulletin of the *British Journal of Psychiatry* in 2017. The objectives of this work are 1) to critically reflect on the successes and failures of this approach; and 2) to expand the proposal of these authors to include the two modalities that Epistemic Injustice can take regarding diagnostic systems of the DSM5-TR or ICD-11 type, namely, *Testimonial Injustice* and *Hermeneutical Injustice*. A documentary analysis of selected works has been carried out to achieve these objectives, which make up the critical-argumentative apparatus of this work. As a result of this journey, the introduction and promotion of a *Second Person Perspective* is proposed, which becomes a space for collaborative construction between the professional, the consultant and the caregiver environment when making important clinical decisions (an alternative to unilateral First and Third Person Perspectives). This resource represents an effort to value the interpretative, comprehensive, and socio-constructionist dimension of psychiatry.

Key words: psychiatry, psychotropic drugs, epistemic injustice, socio-narratives, second person.

Introducción

En 2017, el *Boletín de la Revista Británica de Psiquiatría* presentó un editorial titulado “Injusticia epistémica en la psiquiatría”, donde tres filósofos (Paul Crichton, Havi Carel y Ian James Kidd, 2017)¹ advertían que las personas con trastornos mentales son altamente vulnerables a un trato que puede caracterizarse como “injusticia epistémica” (concepto acuñado por la filósofa inglesa Miranda Fricker y actualmente muy aplicable a escenarios sociales variados). La expectativa de

¹ Paul Crichton es psiquiatra consultor del Ministerio de Justicia. Tiene un doctorado en filosofía de la Universidad de Londres. Havi Carel es profesor de Filosofía en la Universidad de Bristol. Ian James Kidd es profesor asistente en el Departamento de Filosofía de la Universidad de Nottingham.

Crichton, Carel y Kidd era, principalmente, que los médicos tomaran consciencia sobre los prejuicios involuntarios e injustos que moldean sus intervenciones hacia los pacientes psiquiátricos.

Mi interés por retomar este aporte que los mencionados filósofos hicieron al Boletín reside, primeramente, en destacar la importancia de su posicionamiento crítico al interior mismo de la comunidad de psiquiatras. Claramente, no tendría el mismo impacto si tales señalamientos se hubieran esgrimido en un *journal* de humanidades o de ciencias sociales. Su inclusión en dicho boletín no garantiza que los psiquiatras lo leerán y le prestarán atención, pero sí facilita el contacto con este tipo de discusiones y, además, conlleva el metamensaje de que estas preocupaciones no son, para la psiquiatría, un tema *colateral*, sino *central*.

Dicho esto, quiero también plantear, que los comentarios enunciados por Crichton, Carel y Kidd (2017) son de un alcance *limitado* en comparación con las fragilidades epistemológicas y éticas que se vislumbran desde la filosofía cuando se colocan los sistemas diagnósticos de la psiquiatría bajo el ojo crítico. Es entendible que estos filósofos hayan decidido abrirse camino de a poco en una comunidad de expertos generalmente renuente a tales disquisiciones aparentemente abstractas; no obstante, es imperioso abonar a que dicho esfuerzo no quede en un intento aislado, parcial y evanescente.

En este artículo, procederé en el siguiente orden: iniciaré sintetizando el núcleo argumental de la postura filosófica presentada en el editorial del boletín. En segundo lugar, ampliaré los comentarios vertidos por Crichton, Carel y Kidd (2017), a fin de redimensionar los perjuicios que los agravios epistémicos suponen no sólo para los pacientes individuales, sino también para sus familias. En tercer lugar, daré argumentos para vindicar la importancia de visualizar las clasificaciones psiquiátricas desde una epistemología *recursiva*, que denote la naturaleza convencional, consensual, dinámica e interactiva de las categorizaciones psiquiátricas. Seguidamente, examinaré la medida correctiva que los tres filósofos propusieron, intentando hacer ver que dicha solución no profundiza en la fundamental dimensión socionarrativa de la experiencia de enfermar, ni da cuenta tampoco de actos de injusticia hermenéutica (en el sentido de Fricker, 2007/2017). Reivindicaré la perspectiva de la segunda persona (Darwall, 2006) como parte importante en el proceso de avanzar hacia una psiquiatría comprensivista y crítica.

Discusiones

Injusticia epistémica testimonial: el diagnóstico psiquiátrico como justificación de la no-credibilidad

La *injusticia epistémica* consiste, según la filósofa inglesa Miranda Fricker, en “causar un mal a alguien en su condición específica de sujeto de conocimiento” (Fricker, 2007/2017, p. 12), dudando de su capacidad de razonar, argumentar, cuestionar, etc. Ante un trato semejante, la persona agraviada queda disminuida o simplemente excluida de participar en prácticas epistémicas que le resultan consecuenciales. No se le reconocen sus dichos como portando valor epistémico. A esto, Fricker le llama *injusticia testimonial*. Acontece de manera *involuntaria* (es decir, sin que el ejecutor de tal injusticia lo advierta o se lo proponga intencionalmente), puesto que lo que lo induce a tal agravio es la subrepticia influencia de algún prejuicio identitario —no consciente— en contra del hablante. Esto hace que el hablante no sea tomado en serio, o que simple y llanamente sea ignorado.

Por lo general, dichos prejuicios identitarios son adjudicados a alguna clase o sector social al que se considera de nivel de credibilidad *bajo*. En otras palabras, el testimoniante no es reconocido como tal porque su nivel de confiabilidad está inferiorizado, como lo está el resto de los que pertenecen a su grupo social. Los ejemplos más socorridos de Fricker son el racismo y el sexismo, ya que los efectos degradantes de estos estereotipos merman la credibilidad del hablante. El testimoniante no es creíble desde *antes* de que emita palabra, por lo cual es anulado más allá de la validez de sus argumentos (Fricker, 2007/1017).

Crichton, Carel y Kidd (2017) consideraron que el concepto de injusticia epistémica permite entender por qué, a pesar de sus mejores designios, los médicos con frecuencia no creen en lo que sus pacientes psiquiátricos les dicen. Muchas de las actitudes negativas hacia las personas con trastornos mentales están detonadas por generalizaciones empíricamente infundadas y estigmatizantes, pero muy resistentes a la contraevidencia. Esto implica que la confianza epistémica en el testimoniante no depende exclusiva ni únicamente de la calidad de su argumentación, objetivamente evaluada. Por el contrario, la credibilidad en su testimonio está precedida por una evaluación (rápida e imperceptible) que su interlocutor realiza acerca del tipo de sujeto epistémico que dicho hablante *es* (absolutamente confiable/ muy confiable/

confiable/ poco confiable/ nada confiable). Lo peculiar de un acto de injusticia epistémica es, entonces, que el grado de credibilidad conferido no tiene un argumento independiente, sino sólo el que deriva de creencias negativas sobre la “reputación” epistémica del testificante (cimentado, como ya se dijo, en su pertenencia a una comunidad epistémicamente infravalorada). Por ejemplo, la explicación de una mujer acerca de cómo ocurrió un hecho podría ser desestimada bajo la creencia –prejuiciosa– de que las mujeres tienden a exagerar las cosas y narrarlas según sus estados emocionales. Si, además, esa mujer fuera negra, se podría dar por sentado que su visión de lo ocurrido está impregnada de un resentimiento históricamente acumulado que la induce a ver malas intenciones que, en verdad, no existen. Y así sucesivamente.

El caso del paciente psiquiátrico es emblemático de quien, *por antonomasia*, será tratado como epistémicamente disminuido, dado que el estereotipo dominante de una persona diagnosticada con trastorno mental es el de alguien con capacidad de discernimiento deteriorada. Lo más común, en tales casos, no es que el testificante sea refutado, sino, más bien, *enmudecido*. Incluso, luego de cierto tiempo, muy probablemente se autoexcluirá, puesto que también puede ir perdiendo la confianza en sus propias competencias argumentales. La condición de “trastorno” suscita, de por sí, un estado de vulnerabilidad que debilita la credibilidad testimonial (“no sabe lo que dice”, “está enfermo, no puede pensar bien”, “no olvidemos que tiene un trastorno”, “no está en condiciones de decidir”). Carel y Kidd (2014) advierten sobre la propensión de los médicos a ver a los enfermos como individuos que, por estar psicológicamente dominados por su enfermedad, llegan a distorsionar su capacidad para describir e informar con veracidad y nitidez sus experiencias. Ponen como ejemplo la recurrencia de estereotipos que abundan en las narrativas médicas, y que exaltan el grado en el cual la enfermedad ha teñido emocionalmente la vida del paciente, al punto de contaminar sus descripciones (“el quejumbroso”, “la reina del drama”, entre otros). Es intrigante y preocupante que los médicos, en ese sentido, adviertan los sesgos de los pacientes, pero no sus propios sesgos (o puntos ciegos).

Crichton, Carel y Kidd (2017) dan algunos ejemplos psiquiátricos que, a su entender, ilustran los efectos potencialmente devastadores que la injusticia epistémica puede tener sobre los individuos que dicen la verdad y no se les cree. Uno de los casos es el de una exmonja de 50 años, que fue ingresada a un pabellón psiquiátrico luego de que su empleada doméstica alertara a la policía de que había, en la casa, evidencia de daños por humo (no por fuego). En contra de lo dicho por la paciente (que explicaba

que había estado quemando incienso en la casa durante muchos años para ahuyentar a los malos espíritus), el psiquiatra y la enfermera inmediatamente infringieron una enfermedad psicótica, ignorando de plano el testimonio de la paciente (arraigado en creencias enmarcadas en su fe religiosa).

Incluso en casos en los que sí existen creencias delirantes, como en la esquizofrenia, se dan situaciones de injusticia epistémica, toda vez que dichas creencias falsas (delirantes) inducen a pensar que *todo* el acervo *creencial* del esquizofrénico está afectado. Desde tal generalización, daría la impresión de que la esquizofrenia anula la credibilidad del paciente *globalmente*. Junto con ello, reina el estereotipo de que las personas con esquizofrenia son violentas, por lo cual, aunque el paciente afirmara no tener pensamientos violentos, no sería creíble (o bien tal negativa sería interpretada como evidencia de “no tener consciencia de enfermedad”). Los medios de comunicación aceitan este imaginario, ya que, cuando un hecho delictivo o violento ha sido consumado por un sujeto con diagnóstico de esquizofrenia, tienden a considerar dicho diagnóstico como *la* explicación de su actuar violento, omitiendo o minimizando otros condicionantes de incidencia mejor demostrada, como lo es el del abuso de sustancias psicoactivas. Aunado a la idea de la supuesta violencia que le es intrínseca a los esquizofrénicos, prevalece también el *cliché* de su “personalidad fragmentada”, que en el cine ha sido reiteradamente espectacularizada a través de enigmáticos personajes de “personalidad múltiple” (aun cuando esa noción de personalidad escindida ya no es sostenida por los actuales sistemas diagnósticos). Si, del hecho de que existan homicidios perpetrados por personas alcoholizadas no se deduce que todos los alcohólicos sean asesinos, tampoco tendría que inferirse que todos los pacientes con esquizofrenia sean potenciales homicidas sólo porque en algunos casos se haya dado tal circunstancia. No obstante, tal estilo de presentación legitima la noción de sentido común acerca de la “peligrosidad” de los individuos con diagnósticos psiquiátricos.

Estereotipos de identidad, estigma y segregación

Portar un diagnóstico psiquiátrico equivale a estar en el lado “inadecuado” del mundo. El lenguaje psiquiátrico es deficitario, y contribuye a la proliferación de jerarquías sutiles que subyacen a diversas prácticas de distanciamiento y segregación. A mayor número de categorías clasificatorias, mayor número de vías por las que uno se puede volver atípico y amenazante. El psicólogo americano Kenneth Gergen afirma: “Dadle a la población los martillos del déficit mental y el mundo social

se llenará de clavos” (1996, p. 141). Así lo expresaba también tempranamente el sociólogo Erving Goffman, al vislumbrar cómo, a través de sofisticados dispositivos evaluadores, individuos “poco ideales” son alentados a recibir tratamiento, cuidado psicofarmacológico o a ingresar en instituciones asistenciales (Goffman, 1961). Estos pronunciamientos hicieron eco del escepticismo crítico del polemista movimiento antipsiquiátrico iniciado en los años 50 del siglo pasado² y de la vigorosa concepción foucaultiana (la cual ha instado a situar a la psiquiatría médica dentro de un marco biopolítico cuyos objetivos normalizadores rebasan las manifiestas intenciones de una medicina positivista que se autoproclama como a-valorativa y a-política (Foucault, 1975/2002)). Las clasificaciones psiquiátricas suponen dinámicas de disciplinamiento que operan de manera imperceptible pero persistente (una suerte de “microfísica del poder” emanada de la autoridad epistémica que reviste no sólo a las clasificaciones, sino a los clasificadores). Precisamente por el grado de legitimidad que adquieren los diagnósticos médicos, no debe perderse de vista que tanto los pacientes psiquiátricos como sus familias, pueden ver drásticamente transformada su existencia desde el momento mismo en que su situación es nombrada con una nomenclatura psiquiátrica. Aunque, desde un punto de vista lógico, la condición de enfermedad sea aceptada como “involuntaria”, es frecuente que se observe con suspicacia y ciertas reservas al paciente y a su familia, lo cual los expone a actos de injusticia epistémica. Ocurre muchas veces que el profesional *unilateralmente* decide un tratamiento sin indagar con ellos, por ejemplo, cuáles perciben que podrían ser factores de riesgo y factores de protección en el contexto en que se pretende imponer el tratamiento. No se los consulta porque, entre otras cosas, su saber es menospreciado (*son* “menos” porque *saben* “menos”, y *saben* “menos” porque *son* “menos” (Santos, 2014).

El peso del estigma puede ser tal que las personas que han pasado por alguna experiencia psiquiátrica son propensas a ocultar esa información porque saben que las pone en una posición de desventaja (ya sea para obtener un trabajo, formar una pareja, ser admitidos en un curso escolar, etc.). Es decir, la desconfianza epistémica que se les tiene abre profundas grietas sociales, laborales, económicas e interpersonales. En otras palabras, la injusticia epistémica de la que son objeto es base de muchas otras injusticias subsecuentes. Esto los condena a cierto ostracismo que –erróneamente– puede interpretarse como indicativo de sus dificultades para la “sana” adaptación social, así como a una precariedad económica que no se ve

² Sobre las bases epistemológicas del movimiento antipsiquiátrico, se puede consultar Desviat, 2006.

tanto como consecuencia de su desempleo sino como resultado *natural* de las fallas caracterológicas de los enfermos mentales.

Crichton, Carel y Kidd (2017) no hacen demasiado énfasis en estos aspectos, pero, sin embargo, resaltan dos puntos que vale la pena retomar: por un lado, estas perogrulladas inferiorizantes son potentes obstáculos para la toma de decisiones en el ámbito de las políticas de salud mental (después de todo, si hay algo de “incumbencia individual” en la enfermedad mental, los fracasos de los programas tienen una explicación externa). Por otra parte, *el aislamiento social al que estas personas se ven sometidas (motivado por su degradación epistémica) no hace sino acentuar sus desventajas epistémicas*, ya que son, precisamente, las dinámicas de interrelación las que engendran los contextos prácticos en los que uno ensaya sus capacidades de argumentar, contraargumentar, testificar, interpretar, resignificar, etcétera. Así, la exclusión epistémica los coloca en una marginalidad que, a su vez, aumenta el deterioro y la exclusión epistémica. En pocas palabras, *la injusticia epistémica se alimenta a sí misma*.

Los bucles recursivos de las clasificaciones: el auto-silenciamiento y la muerte epistémica de los pacientes psiquiátricos

El diagnóstico psiquiátrico tiene una naturaleza paradójica: por una parte, proporciona un recurso interpretativo a partir del cual una persona puede darle un sentido a una experiencia que, hasta entonces, le resultaba ininteligible. Al mismo tiempo, ese sentido lo sitúa en el sórdido mundo de lo fallido, lo ominoso. El temor al estigma puede disuadir a un paciente o a su familia de buscar ayuda profesional psiquiátrica, lo cual propicia que, cuadros clínicos severos, queden sumergidos en la penumbra y el silencio “prudente” (Kidd y Carel, 2016). Esto se adjuntaría con la tendencia, que ya mencioné, a subestimar las relatorías del enfermo (evidencia “blanda”, subjetiva). Que la psiquiatría carezca de “evidencia dura” (marcadores biológicos y estudios objetivos) no implica que los pacientes sean considerados y tratados como testimoniantes válidos de su propia experiencia; mucho menos como partícipes activos en la construcción de su diagnóstico y elección de su tratamiento.

En las últimas décadas, la dimensión comprensiva e interpretativa de la psiquiatría ha quedado aún más sepultada tras la arremetida de los enfoques psicobiologizadores. Si bien el *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales* (2014) se

pronuncia por un modelo bio-psico-social, en la práctica predomina un abordaje medicamentoso más coherente con una orientación bio-bio-bio (Pérez-Álvarez, 2021)³. La popularizada y mistificada cosmovisión de los trastornos mentales como “desequilibrios químicos en el cerebro” aumenta el entusiasmo de los pacientes por ser sometidos a tratamientos farmacológicos que, supuestamente, reequilibren y restauren la salud perdida (además de que dicha explicación biológica permite equiparar la enfermedad mental con otras enfermedades en las que sí hay marcadores biológicos y pruebas objetivas, como en la anemia, la tuberculosis o la diabetes).

No está de más considerar el lado *utilitario* de esta tendencia. La estrategia medicamentosa es coherente con un eficientismo sanitario innegablemente más expedito que, por ejemplo, una psiquiatría comunitaria. Las compañías de seguros médicos se ven favorecidas por prácticas diagnósticas que puedan arrojar información cuantificable y estandarizable, a fin de facilitar los procedimientos de auditoría.

Lo que pretendo sostener aquí es que, más allá de ser meras “guías clínicas”, las clasificaciones psiquiátricas constituyen motores de subjetivación que muchos individuos llegan a internalizar, junto con las connotaciones (dis)valorativas que las revisten. De allí emergen potentes procesos de autoestigmatización a partir de los cuales la persona puede ir cediendo su existencia epistémica, autoanulándose y desapareciendo de la vida socio-epistémica sin que su ausencia se note. Denominaré “epistemicidio”⁴ a ese complejo devenir a través del cual su voz se va apagando en un universo expertocrático que tiende a absorber su agencialidad en un frío y despersonalizado “expediente clínico”. La “muerte epistémica” es el paso final hacia el abismo de la deshumanización del paciente.

¿Hacia una psiquiatría crítica?

La propuesta correctiva de Crichton, Carel y Kidd en el *Boletín* señala la necesidad de implementar cambios pedagógicos en las prácticas clínicas de los estudiantes de medicina psiquiátrica, de modo que aprendan “a creer lo que les dicen los pacientes

³ Por “abordaje medicamentoso” me refiero al hecho de que el horizonte de expectativas, tanto del paciente como del psiquiatra, está teñido por la prescripción de medicamentos como tratamiento de primera mano.

⁴ La noción de epistemicidio la he tomado del sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos (1998, p. 208), quien recurre a ella para referirse a la invalidación de los saberes alternativos ante el saber hegemónico. En este artículo, la he adaptado para caracterizar tal invalidación en el contexto de relaciones diádicas, como es, en este caso, la de médico-paciente. Ver Christiansen (2019b, 2020).

psiquiátricos, a menos que haya una buena razón para no hacerlo” (2017, p. 69). Este lineamiento tiene mucho sentido con su encuadre, pues, no restarle credibilidad inicial al paciente, es una condición *sine qua non* para generar condiciones de equidad epistémica. A modo de ilustración de cómo se puede integrar la perspectiva subjetiva de los pacientes en la medicina y la psiquiatría, citan las “rondas de Schwartz”, que consisten en foros conversacionales multidisciplinares en los que el personal de atención a la salud puede reflexionar sobre los aspectos emocionales, personales, existenciales y éticos de su trabajo. Los autores, además, hacen hincapié en la importancia de que los estudiantes se habitúen a forjar una relación de mayor confianza y horizontalidad con los pacientes (en lugar de la típicamente paternalista).

Ahora bien, este esbozo de solución ofrecido por los tres filósofos es, a mi modo de ver, *insuficiente y superficial*, puesto que no pone el acento en un aspecto que considero crucial, a saber: la promoción de espacios de participación gestionados *con* los mismos pacientes (en lugar de circunscribir esos espacios a los profesionales de la salud y gestionarlos –asimétricamente– desde el *establishment* institucional). En tal aspecto, sostengo que debe apuntarse a un cambio mucho más profundo, donde la experticia *profesional* salga al encuentro del saber *experiencial* del paciente en su condición vital (un experto de sí mismo en su particular e irrepetible condición).

Es de capital importancia entender que el diagnóstico mismo *ya* ha sido una forma de intervención sobre el paciente, dado que la etiqueta diagnóstica asignada es generadora de nuevos significados y autopercepciones. Los diagnósticos tienen capacidad realizativa (performativa), en el sentido de que, el solo hecho de enunciarlos y asignarlos a seres capaces de comprender tal asignación, suscita influencias específicas, reacciones emocionales, afectivas, y cambios tanto cognitivos como emocionales y conductuales. La credibilidad en los pacientes no puede ser reducida a un gesto compasivo o empático del cual –ahora– los profesionales hablen grupalmente, pero excluyendo a los pacientes (perspectiva de tercera persona). Se necesita que la profesión psiquiátrica ponga el foco en la *persona*, y no en la enfermedad, los síntomas y el diagnóstico. Desde la publicación de la tercera edición del *DSM*, en 1980, la *American Psychiatric Association* se ha basado en métodos de prevalencia estadística y en el consenso de expertos, para articular ese creciente listado de categorías diagnósticas (que, presumiblemente, se corresponderían con alteraciones cerebrales subyacentes). Desde entonces, su foco de estudio y tratamiento ya no es “la persona”, sino el tejido cerebral, las neuronas, su fisiopatología y la respuesta a los medicamentos (Pérez-Álvarez, 2021). Parecería que la mirada de la psiquiatría

actual se dirige mucho más a las sinapsis –neurotransmisores, receptores– que a lo que le ocurre al consultante (puesto en el horizonte de un “*self* neuroquímico”, parafraseando a Rose, 2003). Lo que queda es “la enfermedad”, y no “la *experiencia* de enfermar” (la cual encapsula la particular realidad simbólica dentro de la cual el paciente habita el *sentido* de su condición, y la narra). Leal a su tradicional raigambre empirista, esta psiquiatría biomédica intenta preservar la naturaleza *nomotética* de la medicina científica, en detrimento de su carácter *idiográfico*. Admitir esa naturaleza comprensiva, interpretativa y narrativa de la experiencia de enfermedad, implica conferirle al método clínico una dimensión intuitiva y subjetiva⁵.

Por ello, la pregunta que pretendo enunciar a lo propuesto por Crichton, Carel y Kidd es la siguiente: ¿tiene viabilidad y consistencia enseñarles a los estudiantes de psiquiatría a creer en lo que dicen sus pacientes, sin enseñarles a reflexionar epistemológica y éticamente sobre las implicaciones, los efectos y los alcances de su propio quehacer psiquiátrico medicamentoso? Muy probablemente, responderían de forma negativa, es decir, no sería viable. Por eso considero que es necesario, más que enseñarles a *creer* en sus pacientes, enseñarles a *descreer* de sí mismos, es decir, enseñarles a autocuestionar su confianza –muchas veces excesiva– en los reduccionismos disciplinares, de los cuales la biopsiquiatrización es un ejemplar destacado. Tal deconstrucción exige adoptar cierta irreverencia epistemológica autodirigida, una suerte de “in-disciplinamiento” que abra un espacio autocrítico sobre el lugar otorgado por el profesional a la *singularidad* de cada experiencia de enfermedad⁶. El “síntoma” no necesariamente tiene que ser entendido como mera expresión de patología, sino que también podría considerarse como emergente de la situación física, emocional y social que atraviesa un paciente, en el contexto de

⁵ Por “naturaleza nomotética” quiero señalar que la psiquiatría biomédica se concibe a sí misma como un conocimiento eminentemente explicativo, además de tratar sus explicaciones como argumentaciones sustentadas en generalizaciones verdaderas, tipo-ley (*nomos*). Tal lenguaje nomológico proviene de la medicina considerada como una ciencia basada en evidencia inductivamente alcanzada. Estas concepciones ancladas en un estilo de razonamiento cuantitativo-estadístico contrastan con visiones cualitativas de la salud y la enfermedad, tal como la defendida por George Canguilhem en *Lo normal y lo patológico*. Canguilhem objetaba esa perspectiva cuantitativo-estadística que establece lo normal como lo más frecuente (y que califica de anormal todo aquello que sale de tales parámetros). Por el contrario, su interés estaba puesto en la singularidad del acto de enfermedad, es decir, del carácter idiográfico (particular, único) de dicha experiencia. En ese tenor, se preguntaba, por ejemplo, cómo la experiencia de enfermar afecta la capacidad del individuo para crear normas, es decir, crear parámetros individuales de relación con el medio (Canguilhem, 1990).

⁶ Por “deconstrucción” entiendo el acto de convertir en pregunta aquello que se tenía como lema (o verdad autojustificable). En este caso, se lo podría también comprender como un intento de “desnaturalizar” aquellas creencias hasta entonces aceptadas como “verdades naturales”.

una peculiar combinación de factores desestabilizadores y factores de protección que cuentan como déficits o recursos en cada situación. La propensión inercial a psicopatologizar opera como un sesgo profesional autoconfirmador: si existe la predisposición a observar síntomas y trastornos, se terminarán encontrando síntomas y trastornos. Pero, si el profesional tiene como premisa que no todos los problemas son enfermedades, y que no todas las soluciones son médicas, puede vislumbrar horizontes de cambio que resulten deseables sin ser inexorablemente biológicos o medicamentosos.

En la siguiente y última sección, recorreremos, a modo de ilustración, algunas formas contrastantes en que los pacientes diagnosticados con depresión construyen narrativas sobre su experiencia y la integran a su biografía. En ello, se podrá apreciar el “efecto bucle” de las categorías diagnósticas de la psiquiatría (Hacking, 1995), así como de otras formas de clasificación encarnadas en la cultura terapéutica actual. El efecto bucle transcurre como una espiral recursiva: las categorías diagnósticas vigentes moldean las (auto)explicaciones de las personas diagnosticadas, que, a su vez, modifican su autopercepción y sus formas de vida, lo cual, nuevamente, obliga a revisar y modificar dichas categorías diagnósticas⁷.

La “experiencia” de enfermar: narrativas sociobiográficas sobre la depresión

Las formas de “explicar(se) y contar(se) la propia vida” serían, en principio, potencialmente infinitas (tantas como narradores haya); sin embargo, los estilos narrativos son sensibles al contexto. Estar inmersos en una determinada atmósfera cultural posibilita la apropiación de ciertos “libretos explicativos” disponibles (y deshabilita otros). Afirma Gergen: “Uno no es libre de tener simplemente una forma

⁷ Se han elegido las narrativas de la depresión por la relevancia diagnóstica que este trastorno tiene actualmente en el campo psiquiátrico. La OMS describe la depresión como “un trastorno de salud mental común”, así como “una causa importante de discapacidad y morbilidad en todo el mundo”, estimando que la sufren un 5% de los adultos a nivel mundial, es decir, más de 350 millones de personas (WHO, 2023). Asimismo, la categoría de depresión es una de las que más usan las personas para autodescribirse respecto de sus estados anímicos (autodiagnóstico). De modo concomitante, el mercado de venta global de antidepresivos está en indiscutible crecimiento (se valoró dicho mercado en US \$ 36 mil millones en 2020, y se prevé que alcance los US \$ 58 mil millones en 2031). Ocho gigantes farmacéuticos lideran este negocio a través de asociaciones, fusiones, adquisiciones y colaboraciones con otras empresas para ampliar su línea de medicinas que actúan sobre el sistema nervioso central: los laboratorios estadounidenses Pfizer, Eli Lilly & Company, AbbVie y Johnson & Johnson; las japonesas Takeda y Otsuka, la multinacional suiza Novartis y la danesa Lundbeck (Torres, 2023). Desde una óptica filosófica, esta “inflación diagnóstica” es asequible de interpretaciones variadas. El aumento de los diagnósticos y del mercado de antidepresivos no debería leerse como si, ineluctablemente, se conocieran mejor los marcadores biológicos de la depresión. Sobre esta perspectiva crítica, se pueden consultar Pignarre (2001), Molina-Pérez (2013), Caponi (2009).

cualquiera de historia personal. Las convenciones narrativas no rigen la identidad, pero provocan ciertas acciones y desalientan otras” (1996, p. 175). ¿Qué efectos puede arrastrar, entonces, la inmersión en una “cultura terapéutica” (Furedi, 2004) y la exposición –directa o indirecta– a los discursos y servicios de la salud mental institucionalizada? En consonancia con lo planteado por Gergen (1996), varios autores (Foucault, 2004; Hacking, 1995, 2001; Illouz, 2010; Pérez-Álvarez, 2021; Grippaldi, 2021; Christiansen, 2019a) han descrito algunos de los modos en que los dispositivos terapéuticos dominantes en nuestra época permean los relatos de los pacientes y se constituyen en ejes explicativos que estructuran su autopercepción.

Los lenguajes de la denominada “salud mental” han poblado nuestras conversaciones cotidianas de “realidades terapéuticas” y “modas profesionalizantes”, como lo hizo el psicoanálisis a lo largo del siglo XX, y como lo hacen actualmente también las psicoterapias, la autoayuda, el *coaching*, la industria de la autoestima, la inteligencia emocional y la neurociencia, entre muchas otras ideologías (y mercancías) emocionales (Pérez-Álvarez, 2021)⁸. Con un dejo de ironía, Gergen se pregunta:

¿Cuántos defectos te encuentro? A ver, déjame contarlos: personalidad impulsiva, fingirse enfermo, depresión, hipocondría, personalidad dependiente, frigidéz, autoritarismo, personalidad antisocial, exhibicionismo, desorden afectivo estacional, travestismo, agorafobia reactiva, anorexia, manía, desorden de déficit de atención, psicopatía, orientación de control extrema, baja autoestima, narcisismo, bulimia, neurastenia... (1996, p. 132)

Y luego agrega: “Las clasificaciones psiquiátricas, entendidas desde el realismo, funcionan de manera análoga a la disponibilidad de armas: su sola presencia crea la posibilidad de que haya blancos a los cuales disparar” (1996, p. 133). Las clasificaciones están ahí, circulando, “a la mano”, permanentemente siendo debatidas, revisadas, reformuladas, ampliadas y a veces, incluso, desechadas y sustituidas. Pero esta dinámica de “oferta y demanda” –inegablemente social– no les sustrae realidad, sino que, como arguye Molina-Pérez (2013, p. 1), les añade *complejidad*.

⁸ Hablar de la profunda influencia de las concepciones epocales sobre los modos de subjetivación de quienes habitan esos contextos no implica, *per se*, una infravaloración epistémica. Lo que interesa aquí es cómo han llegado a constituirse en potenciales fuentes descriptivas del sí mismo y de los otros. Ciertamente, son, entre sí, dispositivos y prácticas muy diferentes en sus formas de entender la salud mental. Algunas de ellas, como el psicoanálisis, han sido pujantes en promover el trabajo con la subjetividad del paciente y resistir el reduccionismo diagnóstico de la psiquiatría médica. Debe recordarse que la psiquiatría dinámica tuvo un gran influjo hasta el DSM-III, de 1980). Sobre esto último, se sugiere revisar Roudinesco, 2000.

Los sistemas diagnósticos se construyen en respuesta a expectativas culturales, a las cuales simultáneamente permean y estimulan. No son ficciones, puesto que, al ser usados, se despliegan interacciones muy concretas. Las personas nos relacionamos creando interdependencia, la cual supone un tejido de “historias” que nos contamos y que impulsan evaluaciones sociales de aprobación o desaprobación. Por ejemplo, para mostrarse epistémicamente confiable, un individuo tendrá que autopresentarse como alguien sincero y competente para razonar por sí mismo. No obstante, su interlocutor no está obligado a aceptar esa descripción (podría recordarle algunos episodios que “se le están olvidando”, y que contrarían la descripción). El sentido de identidad social (quién soy para los demás) implica un arduo proceso de negociación narrativa. Quien porta un diagnóstico psiquiátrico, entra a esa negociación en condición de desventaja, ya que debe demostrar incansablemente que merece credibilidad (a diferencia de quien no porta el diagnóstico, y es inicialmente creíble).

En estas polisémicas matrices de negociación de sentidos y significados se van cristalizando toda suerte de lemas, dogmas y prejuicios que hacen germinar las distintas narrativas y experiencias del sufrimiento. La *psiconormatividad* (o hegemonización de los dispositivos psicoterapéuticos como descripción de primera línea para los problemas sociales) ha ganado un lugar privilegiado en las narrativas de muchas personas que han transitado por los servicios de ayuda pública o privada, o que simplemente han interiorizado patrones explicativos dominantes. Como se ha dicho, la depresión es un buen ejemplo de ello. Incontables relatos se organizan y justifican a partir del concepto de depresión, priorizando una u otra de las muchas explicaciones que hay sobre cómo la depresión cambia la vida de las personas. Esas narrativas biográficas no son un mapa o “crónica del yo”, sino dispositivos a través de los cuales las personas llegan a percibirse como “enfermas de depresión” o “depresivas”. La relevancia de “lo contado” no tiene que ver con la verdad *objetiva* sobre lo ocurrido, sino con el grado de “veracidad” o consistencia que el relato tiene para quien lo narra (y con cómo dicha forma de contar coloca al individuo en posiciones relacionales que le resultan preferibles).

En una investigación basada en un enfoque socionarrativo y a través de entrevistas biográficas a un conjunto de personas autopercebidas como “depresivas” (con o sin diagnóstico), Esteban Grippaldi (2021) ha distinguido cuatro formas recurrentes de narrar el origen de la enfermedad. En los relatos obtenidos, se refleja cómo los entrevistados usan el lenguaje de los profesionales (según lo entienden), mezclando

y superponiendo influencias que vienen de distintos modelos de ayuda, pero dentro del espectro de la salud mental. Grippaldi (2021) distingue cuatro tipos narrativos:

- _narrativas de la infancia
- _narrativas traumáticas
- _narrativas acumulativas
- _narrativas del pasado inmediato

Para contrastar cada estilo narrativo, presento un cuadro comparativo (Tabla 1) que se basa en el realizado por Grippaldi (lo he modificado con fines de claridad expositiva, introduciendo información del mismo autor).

El autor repara en cómo los entrevistados mencionan que, inicialmente, no tenían un nombre para su malestar, pero luego, a partir del trabajo profesional de los terapeutas, “se dieron cuenta”, “descubrieron”, de dónde venía “eso”. También pone de relieve cómo el yo, en estas narrativas, queda representado como habiendo padecido los efectos de algún (o algunos) incidentes desestructuradores de su identidad.

Como se puede apreciar en estos relatos incubados dentro del *ethos* terapéutico actual, hay un cierto “culto a la vulnerabilidad”, al victimismo (Furedi, 2004). Otra característica tiene que ver con la abundancia de alusiones a la nocividad de las relaciones familiares y conyugales. Las historias de vida son narradas marcando un agudo contraste entre la relación profesional (formal, sana, pura, salvífica) y las relaciones íntimas, devenidas fuente probable de conflicto, “toxicidad”, desestabilización. El triunfalismo con el que se evalúa al conocimiento experto deprecia, en igual medida, las fuentes y mecanismos de ayuda *informal* (los lazos de parentesco y comunitarios, así como la familia, vista recurrentemente como una institución tramposa, peligrosa, que encapsula formas de abuso y violencia invisible). La esfera privada, puesta *a priori* bajo la mira, es algo que debe monitorearse permanentemente desde una postura preventiva. La intimidación se representa cada vez más como gestionable profesionalmente, al tiempo que se van menoscabando los recursos de afrontamiento en las redes *informales* de apoyo.

Tabla 1. Tipos Narrativos sobre el origen de la depresión

Narrativas de la infancia	<p>_Las causas que provocan la depresión son identificadas en vivencias y sucesos de la infancia temprana (“afectos primarios”, “socialización primaria”).</p> <p>_Atribución negativa y causal externa: los padres, la familia, los vínculos no elegidos, el modo de crianza (desresponsabilización).</p>	<p><i>“Yo creo que desde la infancia empecé a sentir esa rabia, primero por la separación, después no entendía porque mi mamá se había muerto tan joven. Cosas que los chicos a veces no entienden, y con el tiempo reaccionan y dicen ¿por qué me pasó esto? ¿Qué hubiese sido de mi vida si mi mamá no se moría? ¿A dónde estaría ahora? (...)”</i> (Paciente de psiquiatría, 76 años).</p>
Narrativas traumáticas	<p>_ Los relatos aluden a acontecimientos que habían estado latentes en el interior de la persona y que, a raíz de algún evento actual, afloran a la memoria repentina e insistentemente, causando la depresión.</p> <p>_ Ese sufrimiento tiene naturaleza de “trauma” y controla a la persona (aunque ésta no lo sepa).</p> <p>_ Tal contaminación psíquica irrumpe y obliga a una eventual reelaboración del pasado.</p>	<p>[Aludiendo a un abuso perpetrado por un adulto de la familia]:</p> <p><i>“Antes no me afectaba, era como que lo borré de la cabeza. Y de un día para el otro me explotó, me aparecí de nuevo en la cabeza, y fue como una bomba. Me empecé a afectar ahora, de tantos años guardándomelo. Ahora ya no lo aguanto, ya me di cuenta que en algún momento lo tenía que largar porque me hacía mal. Últimamente ya no podía dormir. Una noche me desperté gritando y tapándome, creyendo que el marido de mi tía estaba en la punta de mi cama. Creía que estaba ahí y me desperté gritando y llorando, tenía miedo”</i> (Paciente de psiquiatría, 29 años).</p>
Narrativas acumulativas	<p>_ Lo que causa la depresión actual es la sumatoria de acontecimientos ocurridos en diferentes tiempos y que, cuando confluyen, originan un quiebre biográfico, una desestructuración de la identidad.</p> <p>_ No hay un factor determinante, pero sí uno desencadenante.</p>	<p><i>“Yo creo que es eso, que se conjugaron un montón de cosas que venían acumulándose en mí, de mucho tiempo, de mi niñez, de mi adolescencia y eso, ver que la vida podía ser otra cosa, y la falta de coherencia que traía yo y con todo eso que venía de afuera fue como una cacerola que estalló, que estalló”</i> (Paciente de terapia holística, 31 años).</p>
Narrativas del pasado inmediato	<p>_ La causa disparadora de la depresión es algún suceso del presente o del pasado inmediato (dificultades y eventos graves ajenos al individuo, a los que se reacciona con depresión —aquello en el lenguaje psiquiátrico se ha denominado depresión reactiva o exógena).</p> <p>_ Frecuentemente, se asume que ya existía una predisposición o susceptibilidad (tipo de personalidad) que subyace a ese estilo de reacción (antes de que se diera la pérdida desencadenante).</p>	<p><i>“Una mañana, me levanto, voy hasta la escuela. Y cuando me voy a acomodar para dar la clase y todo, izamos la bandera como siempre. Estos chicos estaban por cruzar, para tomar el ómnibus que venía para la escuela. Y un auto los atropelló. Y bueno, fue muy doloroso porque yo los vi a los chicos. Los vi en el cajón. Y bueno, eso parece que fue lo que me hizo mucho mal. Mucho mal. El verlos. Caí en depresión (usaria de servicio psico-social, 58 años).</i></p> <p><i>“Es como que a lo mejor —lo que me explicaba el psiquiatra— es la personalidad mía así, sólo que no tuve elementos desencadenantes. Nunca pasó nada en mi vida que me haya generado una situación de depresión o de angustia. La primera situación que ocurre es el divorcio, que fue el primer desencadenante.(...)”</i> (paciente de psiquiatría, 50 años).</p>

Fuente: cuadro adaptado de Grippaldi (2021, p. 264)

El saber lego se construye, cada vez más, como poco importante o inexistente. Si bien, en los relatos, se puede evidenciar la capacidad epistémica de los entrevistados para forjarse explicaciones sobre su condición, esas narrativas se hallan tan “terapeutizadas” que se desdibujan otras formas de construir el sentido de la experiencia (un sentido que no esté penetrado por el saber técnico de los especialistas). Esto se acentúa cuando el guion explicativo es “cerebralista”. Creer que la depresión es, como reza la *divulgata*, un presumible déficit químico, conlleva la idea de que el antidepresivo será el verdadero protagonista del éxito de la intervención. Como ya dijimos antes, la persona desaparece, lo que queda es un *self (psico)farmacéutico* (Dumit, 2003; Jenkins, 2010 en Martínez-Hernández, 2017), sin historia, sin circunstancia, sin relato, un paciente llamado a “estar bien consigo mismo” (una celebración de las neuronarrativas individualistas y centripetas del *self*, inducido a verse como frágil, pero “sobreviviente”, y entusiasta de su auto-optimización mediante el consumo de antidepresivos). Como afirma Hernández-Arnáez, se produce una negación del mundo social que suscita aflicciones, para privilegiar “la idea de que el secreto está en el interior; pero no en un interior autorreflexivo, sino en un cerebro al que se imagina poblado de personajes como las disfunciones sinápticas y los neurotransmisores” (2017, p. 309). En esta neuronarrativa, el paciente mismo se deshistoriza, se desocializa, ha introyectado el discurso eficientista que acompaña al uso de una neurotecnología como modo de solución de problemas biográficos y sociales:

Lo bueno de tomar *Prozac*[®] es que te cambia a ti y cómo te relacionas con los demás. Yo estaba angustiada por no rendir en el trabajo. Como tenía tantos problemas personales: me había separado, mi relación con los compañeros de trabajo era mala... Eso me angustiaba y muchas noches no me dejaba dormir. Pensaba que me iban a echar. Me iba a quedar sin trabajo. Cuando empecé a tomar *Prozac*[®] las cosas cambiaron. Mi jefe se volvió más comprensivo porque su mujer también lo toma. Yo era más amable con los demás, incluso hacia bromas. (Mujer, 37 años) (Martínez-Hernández, 2017, p. 307)

Si esta paciente se hubiera negado a acatar un tratamiento medicamentoso, es muy probable que tal resistencia fuera interpretada por el profesional psiquiátrico desde algún argumento autojustificatorio (“una agresividad que se explica por el cuadro clínico que la paciente niega”). Era posible hablar profundamente de lo que a ella le pasaba (y no sólo a su cerebro): su “no poder-poder” (Han, 2010, 2014), su duelo por la pérdida de una relación, la precariedad de sus vínculos laborales, el miedo a quedar desamparada, etc. Pero, esa socionarrativa (como las descritas por Grippaldi, 2021),

fue reemplazada por un estilo de relato neurocéntrico, donde el psicofármaco es el auténtico artífice del cambio. Tal narrativa no hace más que reafirmar la condición de desvalimiento de un *self* epistémicamente disminuido, desconfiado de los íntimos, que se percibe siempre “en riesgo” (Beck, 1998), dócilmente dispuesto a experimentar sus problemas como enfermedades, y constantemente necesitado de ayuda profesional.

Injusticia hermenéutica: el acceso equitativo a las decisiones sobre uno mismo

El último señalamiento que quiero presentar acerca de la postura de Crichton, Carel y Kidd (2017) en el boletín tiene que ver con una omisión importante en su análisis del concepto de injusticia epistémica de Fricker (2007/ 2017) para el ámbito de los diagnósticos psiquiátricos al estilo del *DSM*. Mencionan que la “injusticia testimonial” es la más importante, por lo devastador que puede resultar para los pacientes no ser tratados como sujetos epistémicos creíbles. Ahora, si bien, como ya dije, este ha sido un paso importante, Crichton, Carel y Kidd (2017) no hacen la más mínima mención a otra forma de injusticia epistémica que también tiene alta relevancia para repensar las formas de diagnosticar en la psiquiatría. Se trata de la denominada “Injusticia hermenéutica”, la cual, a diferencia de la injusticia testimonial (sufrida por los individuos), afecta a determinados *grupos* sociales que, por alguna razón discriminatoria, ven mermados sus recursos para hacer inteligibles o comunicables sus propias experiencias.

De un lado, los sistemas clasificatorios de la psiquiatría pueden considerarse como una fuente de conceptos que operan como recursos de inteligibilidad, listos para su uso. Pero está claro que esas categorías diagnósticas no son elaboradas por las personas que viven esa experiencia (perspectiva de la primera persona), sino por una comunidad de especialistas (perspectiva de la tercera persona). Desde cierto optimismo terapéutico, se podría celebrar que la psiquiatría médica proporcione dispositivos de descripción que le permiten a las personas diagnosticadas acceder a una comprensión de experiencias que, de otro modo, serían incomprensibles. Aceptar un diagnóstico muchas veces tiene un potencial liberador que resulta del hecho de “saberse con un trastorno”, y no con “fallas morales” (Fricker da el ejemplo de una mujer que, al ser diagnosticada como sufriendo de “depresión posparto”, se libra del sentido de culpa que arrastraba por pensar que era una “mala madre”)⁹.

⁹ Para ampliar sobre varias ideas aquí esgrimidas acerca de la perspectiva de la segunda persona, consultar la ponencia leída por Anahí Grenikoff, Injusticia hermenéutica y diagnósticos psiquiátricos. El paciente en segunda persona, en 2018, XXXIII Congreso de Medicina General, Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad.

No obstante, ese optimismo se desvanece cuando pretendemos generalizarlo, porque el costo de esa “desresponsabilización” ganada a través del diagnóstico de enfermedad es demasiado alto para muchas personas conscientes de que una clasificación psiquiátrica conlleva una degradación epistémica que se traduce en múltiples pérdidas interpersonales. Una vez clasificado el individuo y habiendo aceptado ese diagnóstico, dejará de ser responsable por lo que le pasa, pero también dejará de ser creíble. Si bien es cierto que, en algunos casos, existe una afectación de la autonomía del individuo por el trastorno mismo, no es, para nada, una situación que se pueda universalizar. La mayoría de los consultantes psiquiátricos estarían en condiciones de analizar, evaluar y cuestionar las interpretaciones que los profesionales hacen sobre ellos, si se los implicara en dichos procesos. Esto abriría un espacio importante para la introducción de una perspectiva en segunda persona, que Stephen Darwall describe así: “la perspectiva que tú y yo tomamos cuando establecemos y acordamos demandas recíprocas para nuestras conductas y voluntades” (2006, p. 3).

Desde una dimensión ética, la perspectiva en segunda persona (Larraín y Franck, 2021; Pauen, 2012) supone conferirle al Otro *razones* y una autoridad epistémica para ser sujeto de un trato ético, sustentado en la confirmación de que ese otro es un par epistémico, racional y libre, al igual que uno. Desde allí, se puede postular el ejercicio dialógico entre los profesionales y los consultantes, de manera *abierto* y *colaborativa*, en lugar de un ejercicio diagnóstico impositivo, directivo y epistemicida.

De la parcial o nula participación de los pacientes psiquiátricos en las prácticas que producen significados colectivos relevantes se han quejado, por ejemplo, los ex usuarios de servicios psiquiátricos reunidos en grupos o movimientos sociales. Varios de esos grupos han denunciado las desventajas arbitrarias que tal exclusión les representa, sobre todo cuando la discriminación que sufren se debe a prejuicios identitarios negativos (de lo cual devienen situaciones de injusticia persistente y sistemática). En el caso de los pacientes psiquiátricos, una de las injusticias hermenéuticas que se les causa, y que me interesa indicar, no tiene que ver con dificultarles el acceso a diagnósticos que harían comprensible (y clasificable) su condición (es decir, sumirlos, injustamente, en un oscurantismo epistémico evitable), sino, precisamente, con la situación contraria: intentar encasillarlos dentro de un sistema clasificatorio que medicaliza su condición desde una pretensión de objetividad que obnubila el carácter *convencional*, *consensual* y *sociovalorativo* que dichas clasificaciones albergan. Dicho al revés: los diagnósticos psiquiátricos

son posibilidades *descriptivas*, pero no son la verdad última ni total acerca de dichas condiciones. Elevar el sistema clasificatorio de la psiquiatría médica al estatus de “verdad oficial” va de la mano, mayormente, con una indiferencia o ignorancia (activa, oportuna y conveniente) de las muchas otras formas en que las personas son capaces de comprender sus condiciones vitales, más allá de las narrativas dominantes en las instituciones de salud. Como afirma Blais (2002):

En el contexto de sociedades altamente planificadas y profesionalizadas, se tiende a perder de vista, y por consiguiente del pensamiento, lo que se organiza en el mundo de la vida cotidiana, fuera de lo institucional. No obstante, es en la vida diaria que las personas, “aún” entre las más “dañadas”, tratan de hacerse, bien que mal, márgenes de maniobra para (re)negociar, día tras día, su status de sujeto ante el medio (...). No hablar, no querer ver lo que se está implementando (o se pretende implementar) fuera de la lógica de la planificación tecnocrática, consiste en reducir al silencio y hacer desaparecer de la consciencia colectiva los esfuerzos, los gestos y las acciones que tienen a la vez un valor simbólico e instrumental, que puedan servir de punto de partida para replantear los servicios públicos y las solidaridades sociales. (p. 4)

Como dijimos, las personas se apropian de ciertos conceptos y símbolos culturales que están vigentes, incluso a veces al punto de luchar para que se les reconozca profesionalmente su diagnóstico. Pero esto no significa que las personas sencillamente internalicen homogéneamente las narrativas de la cultura terapéutica, sino que usan las descripciones y clasificaciones de maneras diversas y cambiantes.

Los ya mencionados grupos organizados como “movimientos de usuarios” o ex-usuarios de la psiquiatría ilustran emblemáticamente estas luchas. Cabe recordar aquí lo sostenido por Touraine (1992), acerca de la importancia de los movimientos sociales para modificar el medio en que se encuentran inmersos e interrogarse sobre los modos en que se toman las decisiones y se instauran relaciones en una sociedad (en este caso, por ejemplo, se han hecho interesantes intentos de redefinir sus relaciones con los órganos de intervención del Estado que, por medio de programas gubernamentales, como los servicios de psiquiatría/salud mental, intentan apropiarse de lo social). Podríamos aquí mencionar algunos ejemplos de resistencia a los abusos y excesos de la psiquiatría biomédica a través de la conformación de colectivos como el movimiento “Hearing Voices”, “Recovery Xchange”, “Mindfreedom”, “No, Gracias”, “Pastillas, las justas”, entre otros (Ortiz-Lobo, 2013). Hay que

resaltar que los movimientos sociales abonan a la democratización de las prácticas mediante la ampliación de los espacios públicos, la visibilización de sesgos en los procesos decisionales de las instituciones y la creación de canales de participación. Acertadamente, al referirse a los movimientos sociales, Thériault (1995) remarca que estos reivindican “una sociedad democrática en donde el vivir juntos, sería el resultado de una libre discusión que brota de solidaridades activas, y no el resultado de estrategias impuestas por las autoridades” (p. 70). Los movimientos sociales producen una renovación de la red de la vida cotidiana, creando nuevos sistemas de solidaridad que ayudan a cuestionar la irracionalidad y la arbitrariedad de los códigos culturales predominantes. En tanto fungen como fuente de alternativas, desafían al poder establecido e implantan una suerte de laboratorios sociales donde los individuos y los grupos ponen a prueba sus capacidades para modificar los códigos culturales vigentes (Blais, 2002). Son como “microcosmos asociativos de experiencias concretas” (Lamoureux, 1995), espacios de iniciativas relativamente autocentrados, tratando de resolver a medida que se presentan las necesidades, las tensiones, los deseos, los conflictos, las contradicciones. Los movimientos de personas psiquiatrizadas son comparables, en tal sentido, a otros movimientos en cuyo foco está la búsqueda de agencialidad ante los embates de los modelos hegemónicos (algunos ejemplos serían el movimiento de mujeres en relación al parto, o el de los homosexuales con relación al sida) (Blais, 2002).

Resaltar la importancia de los movimientos sociales nos lleva, nuevamente, a cuestionar la hondura de la acción remedial propuesta por Crichton, Carel y Kidd (2017) en el boletín, la cual, recordemos, apelaba a la *escucha* (“enseñarles a los estudiantes de psiquiatría a escuchar y a creerle a sus pacientes”). Ello parece apuntar a romper el silenciamiento al que están acostumbrados los pacientes. Pero parece una medida relativamente ingenua en comparación con el peso hermenéutico y político que la marginalidad epistémica implica.

Si bien los grupos hermenéuticamente marginados están, efectivamente, condenados al silencio, tal condición no se subsana con un aumento de la sensibilidad hermenéutica individual (por muy bienintencionado que un sujeto epistémico quisiera ser). Afirma Fricker (2017b):

[La injusticia hermenéutica] es primera y principalmente el producto de unas relaciones de poder social desiguales en términos más generales y, como tal, no es un tipo de disfunción que pudiera erradicarse solo mediante lo

que hacemos como oyentes virtuosos. Modificar las desiguales relaciones de poder que generan las condiciones para la injusticia hermenéutica (a saber, la marginación hermenéutica) requiere bastante más que cualquier tipo de conducta individual virtuosa; requiere una acción política grupal para el cambio social. (p. 279)

Fricker (2016, 2022) se ocupó bastante de estos casos que se suscitan cuando las prácticas de un grupo son *ignoradas activamente* por otro grupo significativo (por ejemplo, en el caso que nos ocupa, los movimientos de exusuarios siendo ignorados por los psiquiatras formadores). La injusticia hermenéutica se destaca por el hecho de que tal indiferencia (o ignorancia activa) se da como resultado de motivaciones intrínsecamente opresoras. Con esto, Fricker (2016) quiere subrayar que este tipo de injusticia acontece en tanto la marginalización de un grupo es alimentada por los intereses de otro grupo –dominante– que se ve beneficiado e interesado en mantener tal exclusión. Considera que estos casos están *a medio camino* entre el grado *máximo* de injusticia hermenéutica (la cual deviene de una marginación cristalizada y sostenida en el tiempo), y el grado *mínimo* (en la que el sujeto la sufre de manera fugaz y pasajera). En la versión *moderada* de la injusticia hermenéutica, “los intentos de comunicación de un grupo fracasan debido a la escasez de conceptos del otro grupo y de los recursos hermenéuticos compartidos” (Fricker, 2016, p. 175). Es decir, por más que los colectivos sociales que contribuyen a desmedicalizar los problemas sociales posean significados localmente operativos que capturan sus experiencias, sus esfuerzos comunicativos no tienen éxito hacia afuera, dado el empobrecimiento que la ignorancia activa supone para el repertorio conceptual compartido con los otros. Viene a cuenta, por supuesto, la definición que Fricker da de la injusticia hermenéutica, que ocurre cuando “alguna parcela significativa de la experiencia social queda oculta a la comprensión colectiva debido a la marginación hermenéutica” (Fricker, 2017a, p. 254).

Ciertamente, la comunidad psiquiátrica se ve empobrecida al ignorar el saber experiencial que emana de dichos grupos de exusuarios (ignorarlos les causa un déficit a los psiquiatras). Pero, no es una injusticia que se les haga a dichos psiquiatras, ya que tal desventaja epistémica (su déficit) constituye para ellos mismos una ventaja social (tienen interés en “no saber” ciertos hechos que amenazan su seguridad profesional). Más bien son los grupos que están “en el llano” los que resultan injustamente tratados, marginados y desfavorecidos, en un sentido hermenéutico y social. Poder dar a conocer sus experiencias a los psiquiatras sería nutricio para

revertir actos que se hacen contra ellos en nombre del “saber médico-científico”. Pero, al ser ignorados, tal posibilidad queda truncada.

Dicho de otra forma, en estos casos de injusticia hermenéutica moderada, los recursos de inteligibilidad existen, pero no circulan en la comunidad, por lo cual la experiencia puede ser comprensible para los que participan de esos grupos, pero no para el resto (permanece como comunicativamente ininteligible, como ocurre con los psiquiatras formadores, que no pueden transmitirle esto a sus alumnos porque ellos mismos no lo comprenden). Esa ininteligibilidad deja las cosas como están, reproduciendo las asimetrías injustas. Reitero que es muy importante poner de relieve lo que menciona Fricker sobre el hecho de que este tipo de injusticia hermenéutica no se revierte, simplemente, con “darle voz” a los marginados (precisamente porque, a diferencia de la injusticia testimonial –que tiene *un* perpetrador *identificable*–, la injusticia hermenéutica no lo tiene, porque es *estructural*, impersonal, refleja “un estado de cosas epistémico” antes que acciones puntuales (Radi, 2022). ¿Quién, entonces, les daría la voz? Y, además, aunque pudieran pronunciarse significativamente, ¿cambiarían, sustancialmente, las inequidades de fondo (actualizadas, pero no agotadas, en la exclusión epistémica sufrida)? Cuando se trata de la injusticia hermenéutica, la propuesta de solución basada en “la escucha” y la disposición a creer, tiene gusto a poco.

Conclusiones

Este artículo tomó como foco de análisis el pronunciamiento que los filósofos Crichton, Carel y Kidd realizaron en el boletín de la *Revista Británica de Psiquiatría* en 2017. Allí, advertían sobre la necesidad de revisar las prácticas psiquiátricas a la luz del concepto de injusticia epistémica de Miranda Fricker (2007/ 2017a), específicamente de la Injusticia testimonial. Esta consiste en un tipo de agravio cometido por un oyente hacia el hablante, al ser negativamente influido por sesgos identitarios que le restan credibilidad. Con este señalamiento, Fricker esperaba demostrar que los prejuicios, los valores y las expectativas previas condicionan la actitud con la cual se escucha, particularmente cuando se pertenece a un grupo que comparte estereotipos devaluadores hacia el que habla. Así, en el caso del paciente psiquiátrico, se le resta credibilidad sobre la base de la creencia prejuiciosa de que el trastorno mental afecta de manera *global* la autonomía del paciente. La población tiende a pensar y tratar a las personas diagnosticadas con algún trastorno mental como mentalmente deficitarias. Un aspecto destacado en la exposición de estos autores es

el de hacer notar que ese menoscabo de la credibilidad acentúa el aislamiento que los enfermos mentales de por sí sufren, con la concomitante consecuencia de que van perdiendo, justamente, la participación en dinámicas sociales cruciales para poner a prueba y fortalecer la (auto)credibilidad. La medida correctiva propuesta por estos filósofos (uno de ellos también psiquiatra) es incentivar a los que se encuentran en formación a creer en los testimonios de sus pacientes, en tanto no tengan buenos fundamentos para retirarles esa confianza.

Por mi parte, he argumentado que la publicación de este boletín es, a todas luces, una buena señal con miras a lograr que la comunidad profesional de los psiquiatras comprenda la magnitud de este tipo de cuestiones éticas y epistemológicas. La relación entre la filosofía y la psiquiatría médica es distante, y es bastante común que exista, en contra del filósofo, el típico prejuicio de que “el que piensa no hace nada”. También mencioné que el aporte de Crichton, Carel y Kidd (2017) es insuficiente y superficial, porque, en primer lugar, la confianza que se pretende que se tenga hacia los consultantes supone un conjunto de habilidades epistémicas que no pueden adquirirse con un simple cambio de actitud benévola. Los pacientes son narradores de sus propias experiencias, las cuales los influyen sobre sus particulares formas de verse, pensarse y comprenderse. No se trata, simplemente, de escucharlos (para luego imponerles un diagnóstico), sino de integrar esos relatos y sus sistemas de creencias a la toma de decisiones entre el profesional, el paciente y, eventualmente, su entorno cuidador. Siguiendo la investigación de Grippaldi (2021), se ejemplificó la amplia diversidad de socrónicas construidas por personas que se perciben a sí mismas como estando “en depresión”. En los relatos se apreciaba la apropiación del lenguaje terapéutico y la influencia de los esquemas explicativos de los profesionales que atienden a esos pacientes. También destacué la hegemonía de las narrativas que exaltan el potencial de los psicofármacos para cambiar los estados de ánimo (neuronarrativas).

Al hilo de esa reflexión, señalé la importancia de considerar la otra modalidad de Injusticia epistémica propuesta por Fricker (y no sólo la testimonial), a saber: la injusticia hermenéutica, que, en este caso, resulta de las dificultades de aquellos grupos que han resistido el embate psiquiatrizante y que, no obstante, se topan con la indiferencia activa de los grupos de psiquiatras que ven amenazada su hegemonía médica. Subrayé que, si bien la psiquiatría puede ser vista como un prolífico espectro de “descripciones” (el *DSM*, la *CIE*); sin embargo su costo, para los psiquiatrizados, es demasiado alto en el contexto de una economía de la credibilidad.

A mi modo de ver, todo esto no conduce inexorablemente a una militancia antipsicofármacos, ni a una postura antipsiquiátrica. Sí conduce, en cambio, en dirección a una psiquiatría *crítica*, que no ceda ni al cientificismo ni a la pseudociencia, y que abra esa *perspectiva en segunda persona* para que el profesional, el consultante, sus familias y los cuidadores puedan, modesta y mancomunadamente, forjar una “clínica con escucha” pero también con sentido comunitario y perspectiva de derechos humanos.

Referencias

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Blais, L. (2002). La psiquiatría comunitaria y los movimientos sociales: choque de dos mundos. *Investigación en Salud*, IV(2).
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Canguilhem, G. (1990). *Le Normal et le pathologique*. PUF.
- Caponi, S. (2009). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(29), 327-338.
- Carel, H. y Kidd, I. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care Philos*, 17: 529-40.
- Crichton, P., Carel, H. y Kidd, I. (2017). *BJPsych Bulletin*, 41, 65-70, doi:10.1192/pb.bp.115.050682
- Christiansen, M. (2017). Epistemología depredadora y paz violenta. Consideraciones filosóficas sobre la construcción de una justicia cognitiva. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, 6(3), 281-306. doi: <http://dx.doi.org/10.17583/rimcis.2017.2992>.
- Christiansen, M. (2019a). La profesionalización científica de las relaciones de ayuda: excesos y suspicacias. *European Journal of Social Sciences Studies*, 4(5). <https://zenodo.org/record/3544662#.ZBAMc-zMI6U>
- Christiansen, M. (2019b). Violencia interpersonal y arrogancia neutralista. Un abordaje ético-epistemológico sobre la argumentación y la objetividad. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis* 16(1), 91-107. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p91>
- Christiansen, M. (2020). Parasitismo argumental. El punto muerto de la deliberación. *Oximora. Revista Internacional de Ética y Política*, (16), 50-62. doi: 10.1344/oxi.2020.i16.29689 <http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/view/29689/30722>

- Darwall, S. (2006). *The second-person standpoint: morality, respect, and accountability*. Harvard University Press.
- Desviat, M. (2006). La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de Salud Mental*, 6(25), 8-14.
- Dumit, J. (2003). Is it me or my brain? Depression and neuroscientific facts, *Journal of Medical Humanities*, 24(1-2), 35-47.
- Foucault, M. (1975/2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores Argentina.
- Foucault, M. (2004) *Naissance de la Biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*. Gallimard.
- Fricker, M. (2007/2017a). *Injusticia Epistémica. El poder y la Ética del Conocimiento*. Herder. Edición Kindle.
- Fricker, M. (2016). Epistemic Injustice and the Preservation of Ignorance. In: Peels, R. y Blaauw, M., (eds.) *The Epistemic Dimensions of Ignorance*. Cambridge University Press, 144-159. <https://doi.org/10.1017/9780511820076>
- Fricker, M. y Jenkins, K. (2017b). Epistemic injustice, ignorance and trans experiences. In A. Garry, S.J. Khader y A. Stone (Eds.), *The Routledge Companion to Feminist Philosophy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315758152-23>
- Fricker, M. (2022). El Concepto de Injusticia Epistémica en evolución. En De Brasi, L. y Santibáñez, C. *Injusticias Epistémicas. Análisis y Contextos*. Palestra.
- Furedi, F. (2004). *Therapy Culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age*. Routledge.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Paidós.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday.
- Grippaldi, E. (2021). Etiologías legas en culturas terapéuticas. Narrativas biográficas del comienzo de la depresión en usuarios de servicios de salud mental. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 0(23), 240-271. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/6499>
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. En D. Sperber, D. Premack, y A. Premack (eds.). *Causal Cognition: An Interdisciplinary Approach*, 351-383. Oxford University Press.
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* Paidós.
- Han, B-Ch. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial.
- Han, B-Ch. (2014) *La agonía del Eros*. Herder.

- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapia emociones y la cultura de la autoayuda*. Katz.
- Kidd, I. J. y Carel, H. (2016). Epistemic injustice and illness. *J Appl Philos*, (34), 172-90.
- Larraín, J. y Franck J.F. (2021). Perspectiva de segunda persona y racionalidad en las decisiones morales. Evidencia científica y límites del emotivismo. *Philosophia*, 81(2).
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve. L'articulation paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires dans le domaine de la santé mentale*. Éditions Saint-Martin.
- Martínez-Hernández, Á. (2017). "El secreto está en mi interior". La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos. En J. M. Comelles y E. Perdiguero-Gil (Coords.), *Educación, comunicación y salud, perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. 305-320. URV.
- Molina-Pérez, A. (2013). ¿Normal o patológico? El enfermo imaginario en tierra de nadie. *Arbor*, 189(763). a068. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.763n5005>
- Ortiz-Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Editorial Grupo 5.
- Pauen, M. (2012). The second-person perspective, *Inquiry*, (55), 33-49.
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría, Más allá de la corriente principal*. Alianza.
- Pignarre, P. (2001). *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Hachette.
- Radi, B. (2022). Injusticia hermenéutica: un ejercicio de precisión conceptual. *Estudios de Filosofía*, 66, 97-110. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.347837>
- Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Paidós Ibérica.
- Rose, N. (2003). The neurochemical self and its anomalies. En: Ericson, R.; Doyle, A. (eds.), *Risk and mortality*. University of Toronto Press, 407-432.
- Santos, B.S. (1998). *La globalización del derecho: los nuevos caminos de la regulación y la emancipación*. ILSA-Universidad Nacional de Colombia.
- Santos, B.S. y Meneses, P. (eds.) (2014). *Epistemologías del Sur Perspectivas*. Akal.
- Thériault J-Y (1995). *L'identité à l'épreuve de la modernité. Écrits politiques sur l'Acadie et les francophonies canadiennes minoritaires*. Éditions d'Acadie.
- Torres, F. (18 de junio de 2023). Luces y sombras sobre la industria de medicamentos de salud mental. *Salud con Lupa*. <https://saludconlupa.com/salud-mental/las-farmacenticas-y-la-salud-mental/>
- Touraine, A. (1992). *Critique de la modernité*. Fayard.
- WHO. (2023). Depresión. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1