

11ª Jornada La Xarxa a Debat.

“Salut Mental Comunitària: cap a unes practiques emancipadores”

Barcelona, 26 de enero de 2024.

## PROPUESTA PARA UNO USO SITUADO DEL DIAGNÓSTICO<sup>1</sup>

Martín Correa-Urquiza

Profesor Serra Hunter-Universidad Rovira i Virgili

Asociación S.C. Nikosia

Entiendo la Salud Mental Comunitaria como proceso. Como una manera de acercarnos al sufrimiento humano desde una perspectiva ampliada, multidimensional, fundada en derechos. Es la oportunidad de producir o promover prácticas emancipadoras, pero fundamentalmente de generar contextos de posibilidad para la emancipación. Y pensar en emancipación en el ámbito de la llamada salud mental, es hoy pensar sobre todo en la necesidad de una emancipación epistémica. ¿Pero a que me refiero con esto de “una emancipación epistémica”? Vayamos por partes. En aras de resumir y acotar -no sin riesgos de reducir la complejidad de lo que intento explicar- elegiré tres aspectos que se interrelacionan a partir de los cuales articularé mi reflexión.

A) La necesidad de des-medicalizar la atención y el cuidado. De ampliar la mirada que organiza nuestra aproximación al sufrimiento psíquico, atendiendo a la dimensión social, cultural, orgánica, psíquica, material y existencial. Cuestionando la sobre-dependencia de las categorías diagnósticas y la estructuración jerárquica de los conocimientos en post de una salud mental verdaderamente transdisciplinar que incluya a los saberes derivados de la experiencia. La psicoanalista Alicia Stolkiner, nos recuerda que la realidad es indisciplinada, no puede ser abordada desde una única disciplina. En post del rigor científico, necesitamos abordar la complejidad del sufrimiento humano de una manera atenta a su complejidad y multidimensionalidad.

B) La importancia de reconocer y dar lugar a los “saberes profanos”, es decir a los saberes situados, derivados de la experiencia vivida en primera persona, para abogar por una construcción de la terapéutica y los cuidados en salud mental atenta a esa complejidad. En este sentido, el lugar del Movimiento en Loco es fundamental.

C) La importancia de reconocer que trabajar en salud mental es sobre todo trabajar en el vínculo, en la dimensión relacional con personas que por diversas razones y violencias vividas se desligan del mundo social compartido. Necesitamos desarrollar ya no sólo una nueva cultura asistencial, sino una nueva cultura relacional con las personas con sufrimiento psíquico. No son objetos de nuestras intervenciones profesionales sino sujetos de sus propios itinerarios de recuperación y bienestar.

Para revisar todo esto y adoptar un punto de partida sobre la situación actual quiero citar el informe del 2020 del Relator de Salud Mental de las Naciones Unidas<sup>2</sup>. El informe dice, entre otras cosas, en su página 4 que “Los sistemas de salud mental de todo el mundo están dominados por un modelo biomédico reduccionista que utiliza la medicalización para justificar la coerción como práctica sistémica y califica como “trastornos” que necesitan tratamiento, las diversas respuestas humanas a los determinantes subyacentes y sociales perjudiciales (como las desigualdades, la discriminación y la violencia). En ese contexto se socavan y desatienden activamente los principios fundamentales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con problemas de salud mental.

Y continua...

---

<sup>1</sup> El presente texto es parte a su vez de la comparecencia realizada en la Comisión de estudios sobre la Salud Mental y las Adicciones del Parlamento de Catalunya el día 1 de diciembre de 2023.

<sup>2</sup> <https://www.consalmmental.org/publicaciones/Informe-relator-onu-salud-mental-abril-2020.pdf>

**“Este enfoque ignora la evidencia de que las inversiones efectivas deberían dirigirse a los grupos de población, las relaciones y otros determinantes, en lugar de a los individuos y sus mentes.”. Repito: “las inversiones efectivas deberían dirigirse a los grupos de población, las relaciones y otros determinantes, en lugar de a los individuos y sus mentes.”**

Y continua:

“si no se presta la debida atención a los derechos humanos, cualquier inversión que se haga en salud mental será ineficaz. La salud mental global tiene por objeto ampliar el acceso a los servicios de salud mental, así como a un campo más amplio y diverso de promoción, activismo e investigación, que incluye perspectivas críticas.”. Y esto es fundamental. Un sistema sin perspectiva crítica sobre sí mismo está condenado al fracaso.

En este sentido, podemos observar que en estos últimos años es innegable la activación y politización de diferentes colectivos, entidades del ámbito profesional y en 1era persona<sup>3</sup>, federaciones que reconocen y reivindican la necesidad de actuar en el ámbito de la salud psíquica, articulando la experiencia en primera persona –la vivencia de la aflicción– como elemento motor en la construcción de la terapéutica y de los itinerarios para un mejor estar. Al mismo tiempo son numerosos los investigadores, académicos, profesionales sanitarios y activistas que venimos denunciando la violencia que implica el diagnóstico y las formas a través de las cuales la etiqueta asfixia las relaciones y la vida. Sabemos, aunque lo olvidamos con frecuencia, que el estigma reside en gran medida en el diagnóstico y en la captura que la etiqueta y sus significaciones hacen de las personas y sus identidades sociales; una captura que se traduce en una suerte de colonización de la identidad/subjetividad, de las maneras de ser, estar, percibir y vincularse al mundo. Ante esto, el sociólogo Robert Castel afirmaba hace unos años que “Hemos llegado indudablemente al final de un ciclo. Un modelo de intervención sobre los trastornos de la *psyché* establecido hace cerca de dos siglos, y que se había mantenido y enriquecido a través de sucesivas renovaciones, está perdiendo preeminencia. Eso no significa que dispositivos como el del sector psiquiátrico o el del psicoanálisis sean caducos o estén superados, sino que las innovaciones más significativas, las que comprometen el porvenir, no pueden ya pensarse exclusivamente dentro de tal filiación”

Hace pocos días en una entrevista en el diario El País, el Psiquiatra holandés Jim Van Os de la Universidad de la Universidad de Utrech, nos recordaba algo en lo que la antropología médica viene insistiendo hace años: hay una dimensión existencial en el sufrimiento psíquico que ha sido sistemáticamente descartada por el modelo actual de atención. Esa dimensión existencial abre la posibilidad de entender el sufrimiento de una forma más humana en la que no es posible reducir la experiencia vivida a un conjunto de síntomas. El reduccionismo frecuente en el campo de la salud mental nos ha llevado a la falacia de creer que estos padecimientos son sólo realidades patológicas que se manifiestan en forma de síntomas. Más allá de los problemas frecuentes vinculados a la validez o fiabilidad de las clasificaciones diagnósticas, me parece interesante recuperar aquí lo que el neurobiólogo de la Universidad de Harvard, Steven Hyman define como el problema de la reificación en el ámbito de los sufrimientos psíquicos (Hyman, 2010)<sup>4</sup>. Es decir, la fetichización o cosificación de los diagnósticos como realidades naturales, en sí mismas. La confusión frecuente entre el diagnóstico como categoría que busca nombrar síntomas y agruparlos bajo un concepto, y la condición ontológica del sujeto, su identidad, su subjetividad, que lleva en muchos casos a no

---

<sup>3</sup> El movimiento en 1era persona en Catalunya ha crecido exponencialmente. No sin conflictos ni dificultades. Actualmente hay 14 asociaciones y colectivos en primera persona y van creciendo. Buscan aquello que no han encontrado en la atención sanitaria. Buscan un lugar de reconocimiento, promueven los cuidados mutuos al margen de las etiquetas, buscan politizar el sufrimiento, entenderlo como el fruto de las interacciones sociales, traumas y procesos, las relaciones entre el mundo social y los cuerpos, vidas, subjetividades. Buscan el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos con opción a cambiar unos pronósticos que suelen ser planteados como cerrados e inamovibles. Buscan dejar de ser objetos de la intervención para ser sujetos en sus propios itinerarios de recuperación.

<sup>4</sup> Hyman, Steven E. (2010). The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6 (1): 155-179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>

distinguir entre lo que es propio de la personalidad del individuo y aquello que deriva de su situación de crisis. Esto es algo que, como es sabido y por poner sólo un ejemplo, ha ido dando pie a que instituciones tales como el Consejo Superior de Salud de Bélgica (SHC)<sup>5</sup> vinculado al gobierno de ese país, aconsejen el abandono de los diagnósticos como herramientas de conceptualización y construcción de los itinerarios de recuperación. Algo similar está ocurriendo en los países del norte europeo, en Japón o en Corea del sur por poner algunos ejemplos.

Dice el psiquiatra Fernando Colina que “el discurso del etiquetado es la nueva figura de la institución manicomial. La nueva camisa de fuerza es conceptual”<sup>6</sup>. En un sentido muy similar, Laura Martín López-Andrade afirma que “Los muros de los manicomios son hoy los de la cronicidad; las personas no están amontonadas y silenciadas en las instituciones, pero se encuentran segregadas en categorías diagnósticas que les arrebatan su identidad”<sup>7</sup>. El diagnóstico es aquí vector, punto de apoyo y partida de lo que la filósofa Miranda Fricker (2017) conceptualizó como “injusticia epistémica”. Fricker desarrolló esta idea para hablar del silenciamiento sistemático de los grupos vulnerables y vulnerados, un idea que a su vez subdivide en dos categorías: la “injusticia testimonial” y la “injusticia hermenéutica”. En palabras de Fricker:

“La injusticia testimonial se produce cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido. La injusticia hermenéutica se produce en una fase anterior, cuando una brecha en los recursos de interpretación colectivos sitúa a alguien en una desventaja injusta en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales. Un ejemplo de lo primero podría darse cuando la policía no nos cree porque somos negros; un ejemplo de lo segundo podría ser el de alguien que fuera víctima de acoso sexual en una cultura que todavía carece de ese concepto analítico. Podríamos decir que la causa de la injusticia testimonial es un prejuicio en la economía de la credibilidad, mientras que la de la injusticia hermenéutica son prejuicios estructurales en la economía de los recursos hermenéuticos colectivos.” (Fricker, 2017: 11)<sup>8</sup>.

A partir de estas ideas que nos permiten dar luz sobre lo frecuentemente silenciado, es sencillo reconocer cómo ambas situaciones confluyen y se articulan de forma continuada en y sobre las personas que han sido objetos del diagnóstico y los procesos de psiquiatrización. No sólo se produce en la actualidad un silenciamiento sistemático de lo decible a partir de la asignación de una categoría cuyas significaciones sociales desbordan lo médico, sino que la colonización producida por los saberes expertos y el etiquetamiento ha eclipsado la posibilidad de que puedan pensarse desde un otro lugar que aquel que les ha sido dado. El sufrimiento social (O Social Suffering según el psiquiatra y antropólogo Arthur Kleinman) es hoy lo que resulta del impacto sobre la vida y el cuerpo de las medicaciones y las etiquetas o nosologías. Hablar del sufrimiento social es mucho más que hablar de estigma, es hablar de determinantes sociales y de cómo el diagnóstico se transforma en un vector de una cultura relacional que elimina al individuo, que lo niega en su capacidad enunciativa y de producción de conocimiento sobre sí mismo. Princesa Inca, compañera en los espacios de Nikosia, insistía en que el sufrimiento derivado del etiquetamiento era más constante y asfixiante que el derivado de la problemática. “No se puede salir del etiquetamiento” Decía. “Te absorbe. Te deja sin oxígeno. Te deja dormida en el nunca. En el precipicio”. Si bien hay diferentes maneras de relacionarse con los diagnósticos, hay quien lo acepta, lo rechaza, lo asume, lo reivindica, lo entiende como amparo o violencia, lo cierto es que en muchos casos el **diagnóstico es hoy un determinante social de sufrimiento**.

Ante esto necesitamos preguntarnos sobre la relación de dependencia que hemos desarrollado con los diagnósticos psiquiátricos. Preguntarnos sobre la necesidad de abrir un espacio de diálogo permanente entre saberes y conocimientos, disciplinas y prácticas que incluya al saber de la

---

<sup>5</sup> [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/shc\\_9360\\_dsm5.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/shc_9360_dsm5.pdf)

<sup>6</sup> Colina, Fernando (2013). *Sobre la locura*. Valladolid: Cuatro.

<sup>7</sup> Martín López-Andrade, Laura (2015). El loco y el profesional: los sujetos de la psiquiatría. En: Eudoxia Gay, José Carmona y Francisco del Río (eds) *El sujeto: El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, en sujeto en la sociedad actual*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015, pp. 211-236.

<sup>8</sup> Fricker, Miranda (2017). *Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento*. Barcelona: Herder.

experiencia vivida como elemento fundamental para pensar la autonomía, la recuperación y los cuidados. Necesitamos abogar por el desarrollo de una aproximación efectivamente científica y transdisciplinar que atienda a las interrelaciones entre la dimensión existencial/experiencial de la aflicción, la orgánica, psíquica y material sin jerarquías en la articulación de los conocimientos. Necesitamos repensar la salud mental comunitaria, colectivizarla, para colocar el foco tanto en la importancia del territorio donde se producen las prácticas (la comunidad), como en la necesidad fundamental de revisar y repensar en clave de una ética transdisciplinar los modos a través de los cuales se construyen y articulan los vínculos y los itinerarios de recuperación. Trabajar en salud mental es trabajar en el vínculo. Y no hay vínculo sin colectivo, sin tramas de reconocimiento y aprendizaje.

Es ante todo esto que **-en un sentido amplio y estructural- se vuelve urgente plantear la necesidad de revisar y cuestionar el sistema de diagnóstico en salud mental tal como lo entendemos hasta el momento.** Asunto que, por otro lado, ya está siendo problematizado como hemos visto, por organismos tales como el Consejo Superior de Salud de Bélgica o las propias naciones unidas. **Sin embargo, dadas las dificultades actuales para llevar a la práctica este tipo de acciones de una altísima complejidad relacionada con las ordenaciones y dinámicas generales de los servicios sociales y sanitarios de los estados; me inclino aquí y ahora, por un acercamiento pragmático a la cuestión pensado desde una lógica del *mientras tanto*: En este sentido, propongo y abogo por la generación de condiciones y prácticas que promuevan un uso situado del diagnóstico por parte de las personas psiquiatrizadas como forma de reapropiarse del derecho a la atención y el cuidado mientras al mismo tiempo se interpelan las capturas de la identidades sociales por parte de las categorías y sus usos asociados.** Esto es, generar espacios y circunstancias colectivas y participativas -el movimiento en 1er persona trabaja en este sentido pero es algo que podría formar parte del diálogo y el encuentro en el seno de los servicios de atención- en donde la cuestión de la diagnosis y la exploración de otras formas y saberes desde donde producir salud y conocimiento sobre la cuestión del sufrimiento psíquico sea una opción política, mientras al mismo tiempo se utilizan las categorías como un modo de percibir prestaciones o ayudas concretas en el ámbito social, económico y sanitario. **El objetivo último no sería que todos, todas se liberen de los diagnósticos, sino que accedan a la posibilidad de pensar si quieren liberarse o no. Que adquieran la jurisdicción para hacerlo.** Que puedan distinguir entre subjetividad, identidad y lo que el diagnóstico define o posibilita. Que adquieran una cierta conciencia crítica, que logren el distanciamiento necesario para conocerse y reconocerse más allá de la nosología. Que puedan decidir en qué momento el diagnóstico es útil y en qué momento o dimensión de su vida, no lo es. Se vuelve así necesario habilitar contextos y situaciones para que aparezca la opción de una cierta cirugía conceptual epistemológica que permita distinguir lo que la categoría nombra en tanto posibilidad de prestación o clasificación sintomatológica y lo que nombra como posibilidad identitaria. Sería un camino posible, tampoco sencillo, pero posible. Es entonces cuando podríamos comenzar a hablar de emancipación. Una emancipación epistemológica que indudablemente contribuiría a la emancipación de identidades, vidas, cuerpos e itinerarios.