

ACERCA DE LOS DIAGNÓSTICOS CATEGORIALES: APUNTES CRÍTICOS PARA UNA ACTUACIÓN SOCIOEDUCATIVA EN SALUD MENTAL

On Categorical Diagnostics: Critical Notes for Socioeducational Action in Mental Health

Miguel Salas Soneira

msalasson@uoc.edu

Universitat Oberta de Catalunya

Resumen:

El presente texto aborda de forma interdisciplinar algunos elementos constitutivos del Modelo Biomédico y su narrativa hegemónica. Desde la consideración o no de la esquizofrenia como enfermedad y a partir de la revisión de los criterios de *validez* y *fiabilidad* en que se sustentan construcciones disyuntivas como esta, el análisis busca arrojar luz sobre la racionalidad científica de los principales sistemas nosológicos internacionales en que se enmarcan. Atendiendo a la utilidad de las clasificaciones diagnósticas y a diferentes efectos negativos de su uso, se apunta la necesidad de abandonar el recurso a estas catalogaciones en un tipo de actuación socioeducativa que se proponga enfrentar el sufrimiento humano sin detener a las personas en entendimientos cerrados, vacíos de historia y de significados personales.

Palabras clave: esquizofrenia, salud mental, acción socioeducativa, narrativas de aflicción, Modelo Médico Hegemónico.

Abstract:

This text addresses, in an interdisciplinary way, some of the elements that comprise the Biomedical Model and its hegemonic narrative. Whether schizophrenia can be classified as a disease is still a question of nosology. This analysis seeks to shed light on this debate by examining the rationality of the main international nosological systems and conducting a critical review of the criteria of *validity* and *reliability* on which diagnostic categories such as this one are based. Taking into account that such classifications are an inseparable part of the constitutive framework of the Hegemonic Medical Model, assessing the usefulness and negative effects of these classifications and exploring the biomedical narrative in which they are included, a need emerges to abandon the reliance on this type of cataloguing in favour of social and educational action that aims to confront the issue of human suffering.

Keywords: schizophrenia, mental health, Social and Educational Intervention, narratives of suffering, Hegemonic Medical Model.

Introducción

Diferentes enfoques provenientes de la antropología médica, la sociología, la psicología clínica o la psiquiatría, han buscado acercarse a la locura poniendo de manifiesto la importancia e influencia de los condicionantes contextuales en las problemáticas de salud mental (Martínez, 2011; Goffman, 1992; Geekie y Read, 2012; Ortiz, 2013). A través de ellos se ha profundizado la crítica a lo que se conoce como Modelo Médico Hegemónico¹, cuyas características continúan teniendo plena vigencia en la actualidad² (Menéndez, 1984; 1988; 1992; 2008). En las páginas que siguen se revisan algunas de ellas, con el objetivo de avanzar en un tipo de actuación socioeducativa que no desatienda los aspectos sociales, económicos, culturales o de poder, constitutivos del espacio relacional que ocupa el malestar.

A tal fin conviene recordar lo que el antropólogo Menéndez (1992) ha definido como modelo médico. Según el autor mexicano, se trata de una representación abstracta de determinados rasgos estructurales convocados en la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica, tanto del personal profesional encargado de la atención en salud, como de la participación en dichas dimensiones de los grupos sociales implicados en su funcionamiento y reproducción.

Indagar en la construcción social de categorías diagnósticas que designan a las personas como enfermas mentales, analizar la racionalidad científica en que estas se sustentan, revisar la utilidad que revisten para los grupos concernidos así como algunos efectos negativos de su uso, se consideran tareas fundamentales a efectos de pensar las coordenadas de una actuación socioeducativa que contribuya a enfrentar el sufrimiento humano.

Inconsistencia científica de las categorías diagnósticas

Read, Mosher y Bentall (2006b), sostienen que la idea promulgada por la psiquiatría biológica y la industria farmacéutica consistente en que la esquizofrenia es una enfermedad como cualquier otra –como por ejemplo la diabetes–, no encuentra hoy en día respaldo ni acomodo en la investigación científica resultando ser, además, “extremadamente dañina para quienes son etiquetados con unos calificativos psiquiátricos tan estigmatizantes” (Read et al, 2006b, p. 3). Es más, los autores muestran su firme desacuerdo con afirmaciones del tipo “la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro crónica, grave e incapacitante” (p. 3), contenidas en la mayoría de los materiales específicos educativos financiados por la farmaindustria, los cuales incluyen desde manuales psiquiátricos hasta folletos informativos generales. Esta idea ha contribuido sin duda a que, desde hace más de medio siglo, se haya aceptado como verdadero el modelo de atención centrado en la enfermedad, a pesar de que no se hayan encontrado evidencias que lo apoyen (Moncrieff, 2013; Álvarez, 2008; González y Pérez, 2007).

En este sentido Read y colaboradores (2006b) subrayan que una concepción semejante, de la locura como enfermedad, no representa sino la expresión de una rama tremendamente poderosa de la psiquiatría actual que, viendo su poder aumentado con los intereses económicos de la industria farmacéutica, continúa insis-

¹ En adelante MMH.

² Estas serían el “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico” (Menéndez, 1988, p. 452).

tiendo en la importancia de la biología y la genética como bases explicativas de síntomas psicóticos graves agrupados bajo rótulos como “esquizofrenia” o “trastorno bipolar”. Más allá de la concepción individualista que comporta una visión semejante, se ha denunciado la manera en que el llamado enfoque “biopsicosocial” crea la ilusión de un equilibrio entre modelos integrados, contribuyendo a la marginación de “investigaciones que demostraban el papel de factores contextuales como el estrés, los traumas (en el seno de la familia o fuera de ella), la pobreza, el racismo, el sexismo y tantas otras causas de locura” (p.5).

Todo ello ha podido operarse mediante una serie de categorías diagnósticas redefinidas en numerosas ocasiones, fundamentalmente en los dos principales sistemas nosológicos que han imperado en los últimos setenta años en el terreno de la salud mental: el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana y la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud. Categorías recogidas en dichos manuales que nombran supuestas enfermedades y trastornos, como la esquizofrenia, son conocidas también como construcciones disyuntivas (Read, 2006c), lo cual quiere decir que posibilitan que una persona presente síntomas completamente opuestos a los de otra y a su vez totalmente distintos a los de una tercera y, sin embargo, todas ellas puedan recibir la misma etiqueta diagnóstica. El autor ilustra esta idea advirtiendo que, aun entrado el siglo XXI, todavía no se han realizado cambios sustanciales en los criterios diagnósticos:

De acuerdo con las últimas redefiniciones del DSM-IV³ (APA, 1994), para que a una persona se le diagnostique esquizofrenia, debe presentar dos de los cinco “síntomas característicos”: alucinaciones, ideas delirantes, discurso incoherente, conducta extremadamente incoherente y catatonia; en consecuencia, si tomamos grupos de dos personas podremos observar quince combinaciones de conductas distintas (1+2 frente a 3+4; 1+2 frente a 3+5, etc.) que respondan a los criterios de esquizofrenia del DSM-IV sin que tengan nada en común. (p. 55)

Ordenaciones o agrupaciones sintomatológicas derivadas de procedimientos como el descrito, se consideran carentes de sentido desde el punto de vista científico pues afectan a la *fiabilidad* o concordancia entre los clínicos, de las categorías propuestas (Bentall, 2011; Cooke et al., 2015). De ello se desprenden consecuencias importantes en relación a la validez⁴ de tales constructos, como sucede en el caso de la esquizofrenia. Conviene tener en cuenta además el acuerdo de la comunidad científica sobre la invalidez de una investigación si no se demuestra su fiabilidad ya que, de no existir sólidas concordancias relativas a quien padece “esquizofrenia”, resulta imposible evaluar sus propiedades. Partiendo de estas consideraciones, Read (2006c) realiza una revisión de algunas áreas de referencia para examinar la validez científica⁵ de la esquizofrenia, concluyendo que resulta más fiable y más válido el manejo de constructos definibles y mensurables –por ejemplo las alucinaciones o las ideas delirantes-, que a su vez puedan dividirse en variables también fiables y válidas como la duración, la frecuencia e intensidad, o la convicción. En cualquier caso, más allá de los esfuerzos de la psicología clínica por descubrir agrupaciones de conductas y experiencias fiables que puedan

³ Con respecto a la publicación de la 5ª edición del DSM se afirma que: “El motivo más importante de controversia es el aumento de diagnósticos psiquiátricos, así como una exigencia menos estricta para los criterios diagnósticos en las categorías antiguamente existentes” (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014). Su validez y fiabilidad científicas siguen siendo cuestionadas actualmente.

⁴ “El concepto de validez se refiere a la capacidad de capturar la realidad externa, a la certeza del significado de lo nombrado, es decir, si lo que llamamos, por ejemplo, esquizofrenia, tiene un correlato representativo y estable en nuestros pacientes” (Ortiz, 2013, p. 109). Una discusión ampliada del criterio de validez de los diagnósticos categoriales, es expuesta por Bentall, 2011.

⁵ Además de las variables “sintomatología” y “resultados” con las que se debe demostrar que se relaciona la “esquizofrenia” para ser considerada un constructo válido científicamente, cabe además incluir las pruebas relacionadas con la etiología y examinar los tratamientos. Un análisis en profundidad se muestra en las obras de Joseph, 2006; Ross y Read, 2006.

ser dimensionables y valiosas para la actuación profesional, lo que aquí interesa destacar es que en la actualidad “las investigaciones se están centrando cada vez más en conductas y experiencias concretas, libres de cualquier carga relacionada con el diagnóstico” (p. 62) y más dependientes de lo que sucede en los contextos vitales de las personas.

En este sentido, una aproximación al malestar que puede considerarse alternativa a las etiquetas diagnósticas, consiste en lo que se ha llamado *formulación colaborativa* (Cooke et al., 2015). Esta propuesta descansa en un tipo de acción comunicativa simbólicamente mediada (Habermas, 1984) de exploración compartida entre persona afectada y profesional, del significado de los acontecimientos, las relaciones y circunstancias sociales, etc., que envuelven y/o producen el sufrimiento. Se trata de una conjetura realizada en común y reconocida al menos por dos sujetos agentes, a partir de la que dotar de sentido las experiencias personales y avanzar hacia una recuperación posible. En esta *alianza terapéutica* (Thomas, 2013), adquieren una especial relevancia la horizontalidad o simetría que se establece en la relación de ayuda, el fomento de la gestión colectiva del malestar psíquico y el papel del profesional como facilitador del proceso (Dillon, 2015).

Como se tratará de mostrar, los daños ocasionados por las clasificaciones DSM/CIE son numerosos, derivándose tanto de su diseño categorial tendente a etiquetar el sufrimiento humano y separar a las personas de la supuesta normalidad, como del modelo médico hegemónico en que se sustentan, que las lleva a imponerse sobre otras hermenéuticas posibles, así como a bloquear alternativas no médicas de actuación.

A continuación se abordan estas cuestiones por medio de dos criterios de análisis que permitirán esclarecer la pertinencia o no del empleo de las categorías diagnósticas en un tipo de actuación pensada desde el punto de vista socioeducativo. Se trata de la utilidad y de los efectos negativos del uso de los sistemas nosológicos.

Institución de un modelo a partir de la utilidad nosológica

Ortiz (2013) ha evaluado tanto la utilidad como los efectos negativos del empleo de los sistemas nosológicos DSM y CIE. Tomando como referencia su esquema de análisis, a continuación se someten a discusión ambos criterios de uso, a la vez que se revisa la relación que guardan con algunos de los grupos sociales implicados en el funcionamiento y la reproducción del MMH. De acuerdo con Menéndez (1992), conviene subrayar que la hegemonía de dicho modelo no se da de manera mecánica y unilateral, sino que comporta conflictos e incluso su eventual y radical cuestionamiento. A pesar de que no se trata de un fenómeno exento de crítica, lo cierto es que la hegemonía requiere para su institución de un proceso de legitimación cultural, ideológica, técnica y socioeconómica por parte de la población en que se asienta (Wallerstein, 2006) y cuya articulación se irá desgranando en lo que sigue.

El reconocimiento que adquiere el MMH se desprende en parte de los beneficios que, de un modo u otro, reportan las taxonomías y la narrativa biomédica a tres grandes sectores directamente implicados en su funcionamiento: el profesional, el relacionado con la gestión y el de personas afectadas y familiares. No obstante y tal y como se verá, su empleo supone no sólo cierto grado de utilidad sino también algunas tensiones implícitas.

Beneficios y tensiones para el sector profesional

Las y los profesionales de la salud mental representan el colectivo más beneficiado por la introducción de las nosologías DSM y CIE que concretan y simplifican la complejidad de los pensamientos, emociones y comportamientos humanos, obviando las biografías y contextos sociales y culturales en los que se enmarcan (Ortiz,

2013). Según Bentall (2011), su utilización representa una ayuda inestimable a la hora de analizar una situación y realizar su pronóstico. Es decir, la clasificación de las experiencias de los sujetos mediante el diagnóstico resulta ser, a menudo, un paso imprescindible para dar sentido a las problemáticas, para predecir el modo en que evolucionará la dolencia o a efectos de determinar su tratamiento. Sin embargo, como se ha visto, son frecuentes los desacuerdos entre profesionales al respecto de los diagnósticos derivados de las múltiples combinaciones y agrupaciones de síntomas. Teniendo esto en cuenta no parece demasiado aventurado afirmar que, lo que las categorías facilitan por un lado, quizás lo dificultan por otro.

No obstante, el uso de estos sistemas ha permitido a la psiquiatría presentarse en el marco de la medicina y ante la sociedad, como una disciplina respetable que propugna un modelo científico para el sufrimiento humano con base en la biología (Ortiz, 2013; Valdecasas y Vispe, 2013; Whitaker, 2015). Este hecho ha supuesto un desplazamiento de otras profesiones a un segundo plano de actuación, por lo que más allá de la conquista de un estatus predominante por parte de la psiquiatría, cabría preguntarse sobre el papel asignado en este ámbito al resto de profesiones. Tal jerarquización de saberes ha prevalecido en los últimos treinta años “generando innumerables trabajos de investigación, forjando reputaciones científicas y médicas, y por supuesto un incidental y sustancioso provecho a las grandes firmas farmacéuticas” (Lewontin, Rose y Kamin, 2003, p. 247), las cuales han visto su historia e intereses económicos inextricablemente unidos a la consolidación hegemónica del determinismo biomédico subyacente a los sistemas clasificatorios internacionales. Pero la complejidad de esta interdependencia va más allá de los numerosos beneficios generados por las multinacionales farmacéuticas, ancladas en las prescripciones de medicamentos antipsicóticos para el tratamiento de los distintos trastornos mentales. Subrayan Lewontin et al., como a partir del uso prolongado de dichos fármacos ha aparecido toda una gama de trastornos completamente nueva, frente a la cual se ha dado una respuesta también farmacológica. Es decir, sustancias elaboradas para abordar un problema generan otro, de modo que el incremento de los efectos iatrogénicos representa una problemática seria y preocupante desde hace tiempo. A este respecto, se ha expresado la dificultad de vislumbrar si primero aparecen los problemas y después las soluciones “como sería lógico, o si son antes los psicofármacos y después los trastornos, [ya que] al fin y al cabo no sería la primera vez que las soluciones generan los propios problemas que dicen solucionar” (González y Pérez, 2007).

En cualquier caso, los efectos secundarios producidos por los tratamientos antipsicóticos son en la actualidad múltiples y variados, y no todos resultan siquiera neutralizables por la vía de la medicación (Parellada y Fernández, 2004). Conviene recordar en este punto que los fármacos psiquiátricos son sustancias psicoactivas inductoras de estados de intoxicación que revisten alarmantes consecuencias (Moncrieff, 2013), pudiendo resultar una amenaza para la salud y hasta en ocasiones causar la muerte prematura⁶ (Lehmann, 2013; Thomas, 2013). Más allá de los beneficios demostrados para la industria farmacéutica o para el personal investigador y profesional en salud mental (Cooke et al., 2015), el par diagnóstico-prescripción plantea dudas si se tiene en cuenta que entre un cuarto y un tercio de la población a la que se administra medicación no solo no responde al tratamiento sino que, en razón de ello, debería abandonarlo (Bentall, 2011). Mitos como que los psicofármacos resultan más eficaces que el placebo o que los efectos terapéuticos compensan los efectos adversos, pueblan hoy en día un panorama psiquiátrico lleno de “anécdotas, folclore y supersticiones que se quieren hacer pasar por conocimientos científicos” (Ross y Read, 2006).

Siguiendo a Mosher, Gosden y Beder (2006), resulta un hecho constatado que en lo que se refiere a categorías como la esquizofrenia, los “fármacos no sólo dominan la práctica médica, sino que también respaldan las teorías biomédicas que empapan los estudios acerca de este problema” (p. 141). Es decir, la medicación ocu-

⁶ “En promedio, la esperanza de vida de las personas con diagnósticos psiquiátricos y los tratamientos respectivos es de entre 20 y 30 años menor. Los motivos de este hecho –ampliamente comprobado, por cierto- son su situación de vida muchas veces precaria, su estado físico general deplorable y el consumo de psicofármacos tóxicos.” (Lehmann, 2013, p. 144)

pa un lugar de centralidad tanto en el imaginario social acerca de estas problemáticas de salud, como en la actuación médica, en el apoyo económico para la elaboración de manuales como el DSM o la CIE y en la promoción sistemática de su uso (Whitaker, 2015). Al margen de su utilidad, esta predominancia ha llegado incluso a corromper “secciones de la psiquiatría académica y sus complejas relaciones con la industria farmacéutica, dañando durante el proceso la credibilidad de sus profesionales” (Thomas, 2013, p. 40). El hecho de que dimensiones como la investigación, la docencia o la formación psiquiátrica en general sigan en manos de empresas cuyas cuentas y beneficios dependen de las explicaciones hipotéticas contenidas en los manuales diagnóstico-estadísticos, tal vez tenga algo que ver con esta situación (Valdecasas y Vispe, 2013).

Beneficios y tensiones vinculadas a la gestión

El desarrollo de los sistemas de clasificación ha facilitado en general la definición del objeto de atención de la salud mental, sirviendo de claros referentes para la planificación y gestión de los servicios de atención pública y privada del espacio socio-sanitario (Ortiz, 2013; Bentall, 2011; Cooke et al., 2015). Así por ejemplo, a través de la delimitación de categorías concretas se están creando en la actualidad dispositivos y programas de atención específica para las personas afectadas, como es el caso del TDAH, la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Es en este sentido que resulta mucho más funcional la aplicación estandarizada del esquema problema-necesidades-recursos, siempre que se agrupe a la población en categorías y sectores supuestamente homogéneos entre sí (Canals, 2008).

Pero no todo queda ahí en el terreno de la gestión. También las compañías aseguradoras en salud encuentran utilidad en estas categorizaciones a la hora de ofrecer sus servicios. La necesidad de delimitar tipos de enfermedades, su incidencia y pronóstico, así como los gastos de tratamiento asociados, hace a las catalogaciones DSM y CIE sólidas aliadas en la realización de los cálculos que permiten rentabilizar la atención, tanto psiquiátrica como psicológica, de las personas afectadas (Ortiz, 2013).

La gestión corporativa de la salud, pública o privada, se beneficia del uso de las clasificaciones diagnósticas, toda vez que ve facilitada la compleja interrelación entre ambos subsistemas de atención y los poderes económico y político. En este sentido, diferentes autores han sugerido la importancia de reclamar a representantes políticos, directivos y profesionales en general encargados de la administración de los recursos de la red, la revisión de la influencia que el poder tácito financiero ejerce sobre su desempeño profesional (Mosher et al., 2006; Lehmann, 2013; Alonso y Vázquez, 2015). En su opinión, esta es una cuestión inaplazable de responsabilidad ética que exige la renuncia y el rechazo de los fondos y la propaganda ideológica proveniente de la industria farmacéutica que permean este terreno. Sin embargo, la dificultad del logro de este objetivo denota el grado de dependencia al que se encuentran sujetos departamentos, organizaciones profesionales, publicaciones científicas, etc., a la hora de recuperar su independencia y el control sobre la toma de decisión y maniobra autónoma.

Las personas afectadas y sus familias

Diversos aspectos del uso de las clasificaciones internacionales pueden resultar de interés para las personas afectadas y sus familias, como el hecho de que un etiquetado nombre y estandarice una forma de sufrimiento, contribuya a mitigar el posible sentimiento de culpa de las personas diagnosticadas o les proporcione un marco de comprensión médico para lo que les ocurre.

Además, las catalogaciones han servido como acicate para consolidar iniciativas ciudadanas solicitando atención, recursos y prestaciones para determinadas problemáticas. Entre la cartera de servicios ofertada, hay

que destacar la profusión cada vez más extendida de los tratamientos cognitivo-conductuales o de la llamada psicoeducación, destinados a asegurar la estricta adhesión a los fármacos habitualmente prescritos para cada dolencia. Una predominancia semejante ha sido cuestionada por su falta de rigor ético y profesional, además de por imponerse en detrimento de actuaciones alternativas (Ross y Read, 2006). Con todo, conviene remarcar que tanto el acceso a los tratamientos como también la cuestión del asociacionismo que en ocasiones vehicula esta demanda, se han visto frecuentemente sesgados por la influencia de las compañías farmacéuticas. No en vano, la mentada industria ha colaborado, y continúa haciéndolo, en “la financiación de asociaciones de pacientes y campañas para el reconocimiento de las enfermedades mentales (consideradas como enfermedades del cerebro) con el objetivo de incrementar la conciencia pública de estos trastornos y promover y expandir su tratamiento psicofarmacológico” (Ortiz, 2013, p. 115). Read y colaboradores (2006b, p. 5) recuerdan que en esta expansión del modelo biomédico se ha llegado incluso “a inventar el eufemismo ‘psicoeducación’ para referirse a los programas que promulgaban la ideología de la enfermedad en los pacientes y sus familias”, con el fin de generalizar su implantación.

Aunque no todas las entidades impulsadas por la sociedad civil –asociaciones, federaciones, etc.- en salud mental se financian con fondos privados, hay que advertir que en un contexto de crisis en que los ámbitos sanitario y socio-sanitario han sido sometidos a serios y profundos recortes (AEN, 2011), la industria farmacéutica puede encontrar en la precariedad y las dificultades económicas de estas iniciativas ciudadanas un terreno adecuado en el que proyectar aún más sus intereses. En este sentido, las alternativas ensayadas por los grupos sociales para hacer frente a las problemáticas de salud mental se han visto frecuentemente apropiadas por los submodelos dominantes del MMH –corporativos público y privado sobre todo-. Esta tendencia se verifica a través de múltiples formas, siendo su concreción más destacada el recurso a la medicina farmacológica señalado (Menéndez, 1984; Gøtzsche, 2014) y al que sin duda hacen el juego las categorías diagnósticas.

Tabla 1. Beneficios y tensiones relativos a la utilidad de las clasificaciones internacionales

Sector	Utilidad	Tensiones
Profesional	Concretan y simplifican comportamientos, emociones y cogniciones	Desatención de factores contextuales y biográficos
	Proponen un marco de comprensión médico	Frecuentes desacuerdos clínicos
	Permiten realizar pronósticos y determinar tratamientos	Jerarquía de saberes y marginación de actuaciones no médicas
	Generan innumerables trabajos de investigación Forjan reputaciones	Investigación, docencia y formación financiadas por empresas cuyos beneficios dependen de las explicaciones DSM/CIE
Las y los gestores	Permiten definir el objeto de la atención	Homogeneización de la población atendida
	Facilitan la planificación de recursos y servicios	
	Favorecen la interrelación de los poderes político y económico	Influencia del poder financiero y la industria farmacéutica

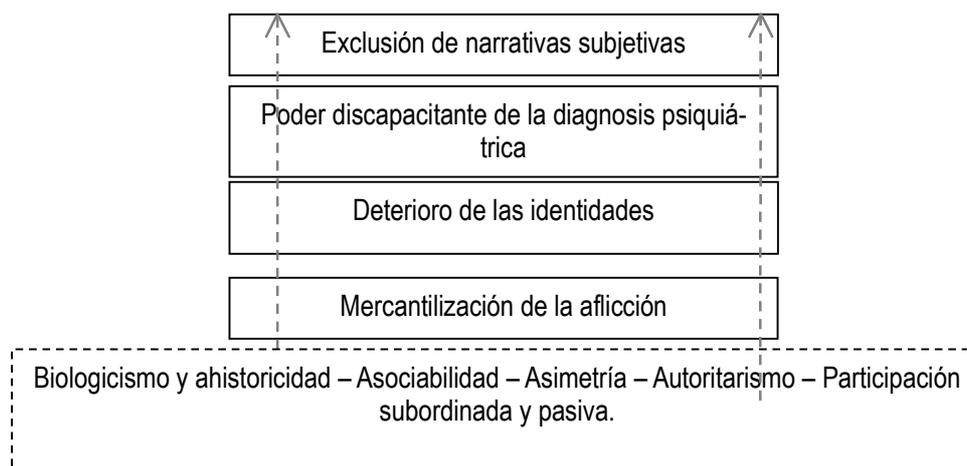
Personas afectadas y familiares	Nombran formas de malestar	Exclusión de otras interpretaciones
	Facilitan la agrupación para la iniciativa ciudadana	Frecuente apropiación por parte de los submodelos público y privado
Industria farmacéutica	Generan sustanciales beneficios económicos	Mitología en torno a los medicamentos
		Efectos secundarios de los psicofármacos

Fuente: Elaboración propia a partir del esquema analítico expresado por Ortiz, 2013.

Consecuencias del MMH, a través del uso de las categorías DSM/CIE

Además de los beneficios y tensiones señaladas, el empleo de clasificaciones internacionales conlleva numerosas consecuencias negativas, de entre las que cabe indicar la exclusión de las narrativas subjetivas de aflicción, el poder discapacitante de la diagnosis psiquiátrica, el deterioro de las identidades o la mercantilización del sufrimiento, que analizamos en lo que sigue. Como se expondrá, estas repercusiones se encuentran influenciadas por la transversalidad de algunos de los factores estructurales que sustentan el MMH (figura 1), entre los que destacan el biologismo y la ahistoricidad, la asociabilidad, la asimetría en la atención, el autoritarismo o la participación subordinada y pasiva de las personas afectadas.

Figura 1. Consecuencias del uso de categorías DSM/CIE y factores estructurales transversales del MMH que las agudizan.



La exclusión de las narrativas y saberes subjetivos

Bien porque se acoja el diagnóstico como un dictamen que genera cierta calma o, al contrario, como una profecía trágica por medio de la que se efectúa lo que se ha denominado efecto nocebo⁷, lo cierto es que de un modo u otro, este provoca reacciones en quienes lo reciben (Correa, 2010; Bentall, 2011; Martínez, 2011; Cooke et al., 2015). Aunque para algunas personas la interpretación más adecuada y útil es precisamente la proporcionada mediante constructos como la “esquizofrenia” con su metáfora del exceso de dopamina y el tratamiento neuroléptico, para muchas otras en cambio, “probablemente la mayoría, esta es una narrativa debilitadora y que no les ayuda” (Thomas, 2013, p. 44). Y es que a la vez que un diagnóstico da nombre a un malestar y por ello puede contribuir a una cierta calma, lo hace a través de la interpretación unilateral y subjetiva de una serie de síntomas que a menudo tiende a imponerse sobre la comprensión que realizan las propias personas afectadas (Mariath, 2011; Correa, 2010). Recuerda Ortiz (2013) que frases del tipo “es un esquizofrénico”, implican una suerte de simplificación sustantiva que parece resumir la esencia de un ser, en un movimiento por el cual se atiende más a los síntomas de lo que a la persona y a su historia particular. De este modo se produce “una deshumanización del problema que acaba reducido a una ‘cosa’, supuestamente objetiva, sobre la que actuar” (p. 116). Esta transformación de interpretaciones subjetivas en cosas que se presentan como si existieran de forma natural puede, según el autor, generar un sesgo al influir en lo que se destaca del sufrimiento, restringiendo la comprensión que realizan los sujetos de sus experiencias particulares.

Del relato de las personas aquejadas de malestar psíquico se toma su descripción de los síntomas como algo que hunde sus raíces en la biología, a menudo sin solicitar siquiera la interpretación que de los mismos puedan tener. Correa (2010, p. 167) sugiere que “la lectura del hecho narrativo en tanto signo físico, es interpretada e instituida como el todo que constituye la problemática mental”, operándose de este modo una deslegitimación de los saberes subjetivos que desatiende los procesos sociales, culturales y psicológicos que determinan lo fenoménico del malestar (Menéndez, 1988). Autores como Goffman (1992), han destacado que del testimonio de las y los afectados se registra solamente en los historiales clínicos, una nómina más o menos exhaustiva de aquellos incidentes que pueden justificar un diagnóstico y, por tanto, también la consideración de la persona como insana.

Thomas (2013) argumenta que la narrativa biomédica implícita en las nosologías psiquiátricas establece una relación de causalidad consistente en asociar síntomas como las alucinaciones auditivas o el delirio, con supuestas alteraciones en el cerebro –frecuentemente un exceso de actividad en los sistemas dopaminérgicos-. Según este autor, una explicación semejante de la locura no está sino desprovista de toda intencionalidad y desconectada de los factores contextuales que contribuyen a su producción –sociales, económicos, políticos, culturales, etc.-. Esto significa que las causas con que se relacionan diagnósticos como el de esquizofrenia, se hallan exclusivamente en la naturaleza y por tanto, alejadas de las circunstancias y acontecimientos vividos. Aspectos como el trauma infantil, las situaciones de abuso, la pérdida, el estrés, la pobreza o el género, etc., resultan ser elementos secundarios –cuando no irrelevantes- en el entendimiento de la aflicción. Bajo este enfoque la posibilidad de dar sentido personal a experiencias como la escucha de voces o sentirse extremadamente suspicaz se ve bloqueada automáticamente. El diálogo o la atención a las biografías particulares carecen de relevancia en esta perspectiva, negándose cualquier potencial comprensivo de las personas sobre estas y otras experiencias inusuales.

⁷ “Este efecto estaría relacionado con el impacto, no sólo en la mediación, sino en la producción, de determinadas expectativas o profecías de autocumplimiento sobre la propia salud. La acción de las expectativas sociales y subjetivas ante un proceso entendido como nocivo consistiría en el aumento de la vulnerabilidad a padecer enfermedades como resultado del desequilibrio inmunitario inducido por las emociones y sus efectos neuroquímicos” (Martínez, 2011, p. 72).

Conviene subrayar que la lógica diagnóstica implícita en la narrativa biomédica, induce a quienes se etiqueta a interiorizar interpretaciones reduccionistas y ajenas acerca de lo que les sucede, reservándoseles un lugar preciso: el del no-saber. Así, en palabras de Abad y Toledano (2015, p. 22) es el personal experto “quien tiene el poder de poner nombre a lo que ocurre, quedando las demás versiones y relatos posibles automáticamente silenciados”. Como resultado, se produce con frecuencia una auto-desvalorización por parte de las personas afectadas que refleja la visión que de ellas y ellos tienen quienes se arrogan la competencia de clasificar sus experiencias, obviando su punto de vista. De acuerdo con Freire (2012), dentro de una lógica de dominación semejante, quienes niegan el derecho de las personas a expresarse, a decir su palabra, las oprimen al tiempo que se esfuerzan en impedir que desarrollen cualquier sentido crítico al respecto de su situación. Con ello tratan, por todos los medios, de que no se vean convertidas en objetos y busquen superar tal condición. Puesto que no siempre lo consiguen, se impone la necesidad de *mitificar* el mundo haciéndolas creer que las ayudan. De este modo, según el pedagogo brasileño, quienes oprimen despliegan toda “una serie de recursos mediante los cuales proponen a la ‘admiración’ de las masas conquistadas y oprimidas un mundo falso. Un mundo de engaños que, alienándolas más aún, las mantenga en un estado de pasividad frente a él” (p. 142). Ya se han enumerado algunos de los mitos que forman parte del universo de la atención en salud mental y que van, según diferentes autores, desde los conceptos mismos de enfermedad o trastorno mental (Szasz, 2008; Álvarez, 2008; González y Pérez, 2007) hasta la eficacia de su tratamiento mediante psicofármacos (Ross y Read, 2006; Mosher et al, 2006; Mosher, 2006).

En cualquier caso, lo cierto es que las voces de las personas rotuladas con alguna etiqueta diagnóstica han sido sistemáticamente marginadas tanto en la investigación científica y la documentación sobre estas cuestiones, como en los propios entornos clínicos (Geekie, 2006; Lehmann, 2013). La narrativa biomédica con su historia de desequilibrio químico (Frances y Whitaker, 2014), ha terminado por decretar la incapacidad de los sujetos en la producción de otras narrativas basadas en los saberes en primera persona, que sin duda podrían contribuir a una mejor comprensión y gestión de la locura. Como se mostrará a continuación, las explicaciones e interpretaciones basadas en la biología, concitan menores esfuerzos para el cambio y un menor compromiso con la recuperación por parte de las personas que han sido diagnosticadas (Geekie y Read, 2012). El resultado de estos relatos no es otro que la forma de participación subordinada y pasiva que apuntaba Menéndez. En la práctica, su hegemonía impide a las personas relacionarse con su malestar de otro modo que no sea el prescrito por el personal experto.

El poder discapacitante de la diagnosis categorial

Las clasificaciones DSM y CIE han servido de catalizador de un proceso acelerado de medicalización que extiende su acción a través del cuerpo social a un número cada vez mayor de situaciones de la vida cotidiana (Ortiz, 2013; González y Pérez, 2007; Whitaker, 2015). En este contexto, los tratamientos médicos y la investigación biológica han puesto las bases para la proliferación de nuevas enfermedades. Para cada una de ellas se ha definido una nueva norma, una nueva desviación correlativa y como resultado, una nueva malignidad (Illich, 1985). Ya se ha mencionado que en el terreno de la salud mental han sido cruciales las potentes campañas financiadas en su mayoría por las compañías farmacéuticas, destinadas a sensibilizar a la población en general y a los distintos estamentos profesionales de la necesidad de incrementar los diagnósticos y el tratamiento medicamentoso. No obstante, tal aumento en la prescripción de neurolépticos ha dificultado la posibilidad de las personas de estar sanas (Ortiz, 2013) o, al menos, de movilizar sus recursos personales y contribuir con ellos a la mejoría de su estado de salud (Abad y Toledano, 2015). En otras palabras, a un problema considerado individual cuya etiología se supone de origen químico, se opone un tratamiento basado en exclusiva en la farmacología y la dependencia de servicios y profesionales. Como señala Moncrieff (2013), los psicofármacos no son una forma sofisticada de mejorar el funcionamiento biológico, psicológico o social de una persona, ni tampoco de restaurarlo. En opinión de la psiquiatra británica y muy a pesar de que se prescriban en la actualidad de forma crónica, son simplemente drogas que tan sólo puntualmente pueden paliar una situación de sufrimiento agudo. A pesar de ello, recuerda Lehmann (2013), esta constatación no ha

situación de sufrimiento agudo. A pesar de ello, recuerda Lehmann (2013), esta constatación no ha conllevado que las personas sean advertidas sistemáticamente de los riesgos y daños del consumo de dichas sustancias, de su efecto suicidal o del peligro que supone la adicción. Y todavía menos se les informa de cómo reducir los riesgos en caso de que se considere pertinente su abandono o discontinuación. Más bien al contrario, la no adherencia a los fármacos prescritos es tomada a menudo como indicativo de empeoramiento o de una falta de conciencia de enfermedad (Valverde e Inchauste, 2014) que exige aun más tratamiento. Y mientras tanto, la dependencia masiva de lo que irónicamente se han denominado *balas mágicas* (Whitaker, 2015) es cada vez mayor, constituyéndose como una realidad acuciante y como barrera en posibles procesos de recuperación.

Por todo ello se ha afirmado que la diagnosis -y la prescripción farmacológica subsiguiente- es en sí misma discapacitante, por cuanto corporiza unas relaciones de poder que decretan el establecimiento de una jerarquía y unidireccionalidad del saber experto frente a los saberes profanos (Correa, 2010; Menéndez, 1992). Illich ha insistido en las nocivas implicaciones de esta asimetría, considerando incluso que “más daños a la salud causa la creencia de que la gente no puede afrontar las enfermedades sin las medicinas modernas y sin los médicos que imponen sus atenciones a los pacientes” (1975, p. 46), de lo que su gestión autónoma. Desde esta perspectiva, el apoyarse cada vez más en la atención institucional agrega una dimensión psicológica a la situación de indefensión en que por lo general se encuentran las clases populares: la incapacidad de valerse por sí mismas. En este sentido, confiar los cuidados al saber experto en exclusiva, las hace cada vez más dependientes de un tratamiento ulterior y “cada vez más incapaces de organizar sus propias vidas en torno a sus propias experiencias y recursos dentro de sus propias comunidades” (Illich, 1978, pp. 14-15). Así, mientras las iniciativas de autogestión tanto individuales como colectivas en salud se ven dificultadas, se ha hecho de la supuesta protección a las poblaciones -idealmente sumisas y dependientes- el gran negocio de la profesión médica (Illich, 1985). De este modo se va despojando a las personas del poder sobre el manejo de su salud, a la vez que se aumenta y justifica el control, la normativización y la dependencia de las personas afligidas (Menéndez, 1992).

Como resultado, generalmente tiene lugar la delegación de responsabilidades por parte de los sujetos afectados por problemáticas de salud mental a manos de la ciencia médica y la farmaindustria. En este sentido señala Moncrieff (2013) que las personas y sus entornos deberían poder problematizar tanto los diagnósticos que reciben como los tratamientos prescritos. La autora destaca la conveniencia de indagar y debatir con el personal facultativo acerca de qué estados inducidos por los fármacos resultan ser de mayor utilidad para cada caso, así como no descartar la idea de “explorar por sí mismos y con otros qué beneficios pueden obtener con un estado inducido por el fármaco, y qué consecuencias negativas pueden derivarse de dicho estado” (p. 186). En todo caso, sostiene, las personas afectadas deberían tener la oportunidad de considerar el recurso a tratamientos alternativos al farmacológico.

La pérdida del control sobre la gestión de la propia vida y la dependencia de los saberes populares respecto de los expertos (Thomas, 2013), representan aspectos que sin duda van a confluir en la constitución de lo que se conoce como identidades deterioradas (Goffman, 2012), cuya revisión se realiza en lo que sigue.

El deterioro de las identidades

Goffman (1992) ha indicado que el etiquetamiento diagnóstico genera un proceso patologizador de las identidades marcado por una fuerte despersonalización. Cierta forma positiva del poder se expresa en la imposición a los sujetos de las identificaciones propuestas –esquizofrenia, trastorno bipolar, esquizoafectivo, etc.–, sobre cuya base se elaboran discursos expertos y prácticas asistenciales. Bajo la sanción de la pretendida verdad científica, las personas rotuladas deben reconocerse en categorías que, cifradas clínicamente, inauguran un régimen de poder y saber al que quedará fijada la recomposición del yo. Sin embargo, hay que subra-

yar la patente falta de afinidad entre la narrativa biomédica y las experiencias personales de la locura. Es decir, el enmarcado concreto de acontecimientos, sucesos y vivencias relacionadas con las múltiples experiencias de las personas afectadas, encuentra difícil acomodo en las diferentes agrupaciones sintomáticas descritas en las clasificaciones DSM/CIE.

Según Freire (2012), uno de los elementos básicos que se pueden advertir en situaciones como la descrita, es lo que el autor denomina “prescripción”. Ésta consiste en la imposición de la opción de una conciencia a otra en un movimiento en el cual la primera, niega el derecho fundamental de la segunda a ser auténticamente. Mediante la prescripción, la conciencia receptora “aloja” en su interior una conciencia opresora asumiendo como propias opciones y formas de ver el mundo que han sido elaboradas conforme a criterios ajenos. Esta dependencia es a su vez utilizada por quien oprime para crear, como se ha mencionado, una dependencia cada vez mayor. En tales circunstancias se produce lo que Freire llama “adherencia” de la conciencia oprimida a la conciencia opresora. Alienadas, invadidas y en ocasiones hasta adaptadas, las personas oprimidas adoptan un tipo de comportamiento que, prescripto, es propio de seres deteriorados, negados o inauténticos. Debido a esta adherencia a quien impone sus opciones, las y los oprimidos tienden a seguir patrones de vida cuyos valores no han escogido. Como consecuencia de haber interiorizado y normalizado pautas de comportamiento que no son las suyas, se produce con frecuencia una auto-desvalorización que refleja la visión que acerca de ellas y ellos tienen quienes oprimen. En palabras del autor, “de tanto oír de sí mismos que son incapaces, que no saben nada, que no pueden saber, que son enfermos, indolentes, que no producen, en virtud de todo esto terminan por convencerse de su ‘incapacidad’” (Freire, 2012, p. 51).

Estas relaciones de poder que dificultan o impiden a las personas expresarse o definirse en sus propios términos, actuar para sí, implican una suerte de discriminación que opera en ámbitos tan dispares como el clínico, el familiar, el laboral o el social. Muchas de estas actitudes negativas y prejuicios, se encuentran estrechamente relacionados tanto con las etiquetas diagnósticas como con las explicaciones etiológicas estrictamente biológicas que a ellas subyacen (Bentall, 2011; Correa, 2010; Serrano y Fontela, 2005; Geekie y Read, 2012). Es por ello que hace años las asociaciones de “pacientes” vienen manifestando su preocupación por los efectos nocivos que los reduccionismos categoriales y biologicistas tienen sobre sus vidas (Geekie y Read, 2012; Chamberlin, 2006).

Aun así, durante tiempo se ha mantenido la creencia de que la adopción de la narrativa biomédica por parte de la gente de a pie contribuiría a reducir fenómenos como el estigma. Geekie y Read (2012, p. 200) han puesto de manifiesto las consecuencias negativas de un planteamiento semejante de la des-estigmatización. En su opinión, la idea de fondo de esta visión es que al ser la dolencia mental una enfermedad como cualquier otra, “si estás enfermo no eres responsable de tus actos, por lo que no se te puede considerar culpable”. Coincidiendo con esto, Alonso y Vázquez (2015) recuerdan que la literatura científica disponible alerta precisamente de que las iniciativas encaminadas a combatir el estigma que refuerzan y/o se apoyan en la comprensión biologicista, no sólo no mejoran las actitudes de la población hacia quienes padecen sufrimiento mental, sino que las empeoran. No hay que olvidar que el modelo de enfermedad propugnado por las clasificaciones internacionales pone el “énfasis en una falla incomprensible que anida en el individuo, generando impotencia y a la larga un estigma implícito” (p.10). En efecto, de residir la causa del sufrimiento en los neurotransmisores, en los genes o en la estructura cerebral, el margen de maniobra y gestión autónoma que resta a los individuos que sufren problemáticas de salud mental, es simplemente nulo. Una de las consecuencias de este planteamiento es que redundan en las ideas estereotipadas que relacionan las presuntas alteraciones o disfuncionalidades biológicas con la imprevisibilidad, la falta de control, la peligrosidad o la violencia potencial de aquellos sujetos a quienes se va a considerar irresponsables. Así, el imaginario social al respecto de la locura se carga de temores infundados o formas de compasión distanciada (Alonso y Vázquez, 2015) que contribuyen, sin lugar a dudas, al deterioro de la identidad personal de los sujetos afectados (Goffman, 2012). Frente a estas lecturas biologicistas que degradan al individuo despojándolo de su capacidad de agencia (Piqueras, 2002), incluso “los propios neurocientíficos han llegado a ser más cautos acerca del valor de las

aproximaciones reduccionistas al conocimiento de la naturaleza del pensamiento, emoción y comportamiento humanos” (Bracken, et al., 2013).

Además de lo expuesto, otro de los efectos que abunda en el menoscabo de las identidades es la separación categórica entre normalidad y enfermedad, la cual crea una línea divisoria incierta. Según Bentall (2011), no es posible separar a las personas con síntomas psiquiátricos graves en grupos diferenciados como pretenden los sistemas diagnósticos analizados, como tampoco lo es establecer “una línea divisoria clara entre la salud mental y la enfermedad mental. En los últimos 20 años las pruebas que cuestionan esta suposición han proporcionado una razón final para rechazar el enfoque convencional de la clasificación psiquiátrica” (p. 206).

Sobra decir que la definición de la normalidad o de las desviaciones normativas varía de una cultura a otra y que, de todas formas, “cada civilización hace sus propias enfermedades. Lo que es enfermedad en una podría ser delito, santidad o pecado en otra. La reacción ante el excéntrico varía también de una cultura a otra” (Illich, 1975, p. 70) tanto como su posición en la estructura social o su reconocimiento. Sin embargo, en las sociedades occidentales se ha dado un proceso tendente a identificar salud con normalidad, de modo que la enfermedad es hoy tratada como mera desviación, como pura anormalidad (Pizza, 2005). Butler (2006) ha señalado cómo lo humano se concibe de forma diferencial en función de determinados criterios o patrones relacionados estrechamente con este régimen de normalidad. Advierte la autora de que si los proyectos de reconocimiento disponibles deterioran las identidades de las personas al conferirles reconocimiento, o al contrario las deterioran negándoselo, entonces el reconocimiento se convierte en una sede del poder que produce lo humano de forma diferencial. Atendiendo a este razonamiento cabe preguntarse ¿qué sucede cuándo experiencias humanas como la escucha de voces o los pensamientos extremadamente suspicaces son categorizados bajo la rúbrica del trastorno o la enfermedad mental?, ¿qué consecuencias tiene este hecho para la identidad del sujeto rotulado con catalogaciones como la de esquizofrenia paranoide o trastorno bipolar?, ¿qué reconocimiento se le confiere o qué es lo que se destaca o niega mediante estas etiquetas?

En definitiva, todo comportamiento, discurso, actitud o gesto alejados de los patrones normativos, se vuelve susceptible de ser capturado en un proceso clasificador y patologizante (Foucault, 2001) cuyos efectos impactan y deterioran profundamente el yo, enmarcando las identidades en perfiles poblacionales estadísticamente definidos como carenciales y de riesgo (Núñez, 2007). Es en este escenario que la lógica de mercado tratará de maximizar su rendimiento.

La mercantilización de la aflicción

Diversos autores (Cooke et al., 2015) sostienen que a día de hoy la lista de catalogaciones psiquiátricas es tan exhaustiva que cualquier persona podría ajustarse a alguna de ellas, así como a las desviaciones o déficits que señalan⁸. Illich (1978; 1985) ha advertido el modo en que las instituciones modernas crean a mayor ritmo necesidades que satisfacciones toda vez que, en el camino, mercantilizan las relaciones humanas. Por medio de lo que el autor denomina *industrialización de la falta*, estas instituciones conforman necesidades y demandas mientras que, simultáneamente, organizan su gestión a través de procesos de distribución y circulación en circuitos especiales. En la sociedad de consumo primero se pide aquello que la institución produce para, luego, crear no poder vivir sin ello.

En el caso de las clasificaciones internacionales, esta lógica se verifica a través de su multiplicación y expansión a escala global, por medio de la correlativa incursión a nuevos mercados o en la comercialización de la

⁸ “Esta es una de las razones que hacen a la nueva versión del manual de diagnóstico, el DSM5, tan polémica.” (Cooke et al, 2015, p. 36)

amplia gama de medicamentos prescritos a partir de ellas. A pesar de que se ha demostrado un mejor pronóstico de las personas aquejadas de problemáticas de salud mental en los países considerados en vías de desarrollo (Pérez, 2012) cuyas formas de nombrar y abordar el sufrimiento psíquico puede ser muy diferente, este avance parece hoy imparabile.

Esta tendencia mercantilista e ideológica (Lewontin, 2000; Lewontin et al., 2003; Whitaker, 2015), interesa además de por lo significativo de su alcance, porque tiene lugar en detrimento de otras hermenéuticas posibles desde de las que acercarse y actuar en el terreno de la salud mental. Subalternizadas por el Modelo Médico Hegemónico, entre dichas interpretaciones se encuentran no sólo las aproximaciones al malestar realizadas por parte de las ciencias sociales sino que, como se ha insistido, se destacan particularmente las narrativas de las propias personas diagnosticadas y sus entornos sociales y culturales (Correa, 2010; Mariath, 2011).

En el marco de un sistema-mundo de economía capitalista (Arrighi, Hopkins y Wallerstein, 1999; Wallerstein, 2006), globalizado y dominado por la lógica de mercado y el crecimiento económico (Latouche, 2009; Taibo, 2011; 2013), el riesgo de un giro que convierta a las personas afligidas no ya –o no sólo- en enfermas, sino también en consumidoras acríicas de servicios y productos, resulta patente. No hay que olvidar que al complejo dispositivo médico-jurídico encargado de administrar las dolencias, se suman también las llamadas industrias de la discapacidad. A ambas industrias -de la enfermedad y la discapacidad- conviene la invención de nuevas categorías nosológicas y su expansión, toda vez que son las encargadas de proveer de prestaciones y servicios a quienes se etiqueta y coloca de forma crónica en el lugar del déficit o la patología. Se convocan de este modo nuevos intereses que atraen los dispositivos del poder-saber y el mercado, haciendo del padecer su blanco u objetivo. Apoyado en el etiquetamiento diagnóstico, tal forma de mercantilismo parece no tener otro fin que:

Utilizar como materia de trabajo a estas personas, consideradas víctimas de una tragedia personal, generando un sistema de servicios que, en lugar de promocionar su autonomía, se dedica más a mantenerlos en un estado de dependencia física y emocional constante que justifiquen la existencia y mantenimiento de dicho sistema y de todos los que se ganan la vida en él. (Guzmán y Platero, 2012, p. 126)

Siguiendo a Foucault (2010), es por medio de la construcción de los perfiles patológicos que se va a perseguir, entre otros objetivos, no ya curar aquello que en sentido estricto no tiene cura, sino resituar al individuo al interior del mercado dentro de una economía capitalista. Se trata esta de una de las variadas formas por las cuales una sociedad comprometida con un proceso de producción y crecimiento acelerados establece medidas encaminadas a la re-utilización de las personas catalogadas.

Conclusiones

Frente al modelo biomédico hegemónico, que naturaliza el padecimiento psíquico y establece una jerarquía que va al hilo de los factores biológicos, psicológicos y sociales, resulta adecuado para la perspectiva educativa, recurrir a una multiplicidad de tradiciones científicas que ha tomado a cargo la tarea de restituir a los procesos de salud/enfermedad/aflicción, su condición de hechos sociales. El encuentro entre disciplinas que no pueden ser completas ni completadas definitivamente indica, sin lugar a dudas, que los espacios intersticiales del conocimiento, *entre* diversos campos del saber, guardan un enorme potencial en la comprensión de fenómenos complejos como la locura.

Con todo, se ha constatado cómo la comprensión de los aspectos sociofamiliares, económicos, culturales o de poder, constitutivos del espacio relacional que ocupa el malestar, aparece frecuentemente oscurecida tras entendimientos nosológicos categoriales que pretenden expresar, describir y comprender el malestar psíquico.

co, al margen de su inherente dimensión social. El predominio de la narrativa biomédica y su poder discapacitante, la exclusión de las narrativas subjetivas, la producción de identidades deterioradas o la mercantilización de la aflicción, continúan siendo algunos de los efectos más perjudiciales que se desprenden del núcleo duro monológico, reduccionista y jerárquico del modelo imperante (Martínez, 2008). La crisis del MMH y de las formas de atención en que se sustenta, evidencian la necesidad de respuestas encaminadas a superar estos efectos, tratando de pensar cómo hacerlo junto a las personas afectadas, con ellas y desde ellas. En consecuencia, resulta imprescindible reconocer no sólo la evidencia social del sufrimiento psíquico (Correa et al., 2006), sino también a las personas afligidas su condición de sujetos y no de objetos, de sus realizaciones vitales. Esta constatación, remite a la urgencia de recuperar temas fundamentales vinculados a la educación, los cuales se relacionan con las formas en que el malestar no solamente es comprendido, sino también, es examinado, pautado, controlado o transformado.

Modificar las prácticas y discursos culturales que impiden a las personas afligidas verse a sí mismas, mostrarse y entender el mundo de modo diferente al que el modelo hegemónico les ha reservado resulta, por tanto, una labor prioritaria. La educación en este sentido tiene la responsabilidad de construir una praxis donde la "diferencia" no se exotice ni quede marginada, menospreciada o excluida. En este contexto, el uso de las categorías diagnósticas no representa una opción adecuada sobre la que apoyar la práctica socioeducativa, por su carácter reduccionista, su inconsistencia científica y sus efectos perjudiciales.

Alternativamente, se demuestra la importancia de establecer las condiciones de posibilidad para el diálogo que puedan dar de sí alternativas tales como la formulación colaborativa, y donde las personas tengan la oportunidad de expresarse sin ser fiscalizadas ni detenidas en entendimientos cerrados y vacíos de historia y significados personales.

Bibliografía:

- A.E.N. (2011). Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. Madrid: Cuadernos técnicos.
- Abad, T., & Toledano, S. (2015). Posibilidades del enfoque del Dialogo Abierto en nuestro contexto. Boletín Asociación Madrileña de Salud Mental, nº 39 , 19-23.
- Alonso, M., & Vázquez, J. (2015). No vale todo en las iniciativas anti-estigma sobre trastornos mentales. Reflexiones a propósito de la divulgación de un cómic. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, nº 39 , 2-12.
- Álvarez, J. (2008). La invención de las enfermedades mentales. Madrid: Gredos.
- Bentall, R. (2011). Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos? Barcelona: Herder Editorial.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., y otros. (1 de Abril de 2013). Más allá del paradigma actual: por un modelo no biomédico. Recuperado el 2 de Febrero de 2016, de VientoSur.info: <http://vientosur.info/spip.php?article8434>
- Canals, J. (2008). Ambigüedades y contradicciones sobre la diversidad en los ámbitos de la salud mental y de los servicios sociales. En M. Comelles, & M. Bernal, Salud mental, diversidad y cultura (págs. 65-78). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Chamberlin, J. (2006). Servicios dirigidos por los usuarios. En J. Read, L. Moshier, & R. Bentall (Edits.), Modelos de locura (págs. 343-351). Barcelona: Herder Editorial.

- Cooke, A., Basset, T., Bentall, R., Boyle, M., Cupitt, C., Dillon, J., y otros. (2015). Comprender la psicosis y la esquizofrenia. ¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y qué es lo que puede ayudarles? Sociedad Británica de Psicología Clínica, Sección de Psicología Clínica. Canterbury: Canterbury Christ Church University.
- Correa, M. (2010). Radio nikosia: La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- Correa, M., Silva, T., Belloc, M., & Martínez, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. Revista Quaderns nº 22.
- Dillon, J. (13 de Marzo de 2015). Trauma y disociación: un paradigma alternativo para comprender el sufrimiento psíquico. Recuperado el 21 de Enero de 2016, de Youtube.com: <https://www.youtube.com/watch?v=fHyu2F6QZKY>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM V desde la Psicología Clínica. Terapia Psicológica, Vol. 32, Nº 1 , 65-74.
- Foucault, M. (2001). Los anormales. Curso del Collège de France (1974-1975). Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2010). La locura y la sociedad. En Á. Gabilondo, Obras Esenciales (págs. 751-770). Madrid: Ediciones Paidós Ibérica.
- Frances, A., & Whitaker, R. (4 de Diciembre de 2014). A Debate Between Allen Frances and Robert Whitaker. Recuperado el 8 de Febrero de 2016, de Made in America, Science, Psychiatry and Community: <http://www.madinamerica.com/2014/12/debate-allen-frances-robert-whitaker/>
- Freire, P. (2012). Pedagogía del oprimido. Madrid: Siglo XXI.
- Geekie, J. (2006). Escuchar las voces que oímos. En J. Read, L. Moshier, & R. Bentall, Modelos de locura (págs. 181-195). Barcelona: Herder Editorial.
- Goffman, E. (1992). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González, H., & Pérez, M. (2007). La invención de trastornos mentales. Madrid: Alianza Editorial.
- Gøtzsche, P. (2014). Medicamentos que matan y crimen organizado. Barcelona: Los libros del Lince.
- Guzmán, P., & Platero, R. (. (2012). Passing, enmascaramiento y estrategias identitarias: diversidades funcionales y sexualidades no normativas. En R. Platero (Ed.), Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada (págs. 125-158). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Habermas, J. (2007). Ética discursiva. En C. Gómez (Ed.), Doce textos fundamentales de la Ética del siglo XX (págs. 174-184). Madrid: Alianza Editorial.
- Illich, I. (1985). La convivencialidad. México: Joaquin Mortiz/Planeta.
- Illich, I. (1978). La sociedad desescolarizada. Barcelona: Barral Editores.
- Joseph, J. (2006). La esquizofrenia y la herencia. En J. Read, L. Moshier, & R. Bentall (Edits.), Modelos de locura (págs. 79-102). Barcelona: Herder Editorial.
- Lehmann, P. (2013). Alternativas a la Psiquiatría. Revisata de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33 (117) , 137-150.
- Lewontin, R. (2000). A doutrina do ADN. A biología como ideología. Noia: Laiovento Edições.
- Lewontin, R., Rose, S., & Kamin, L. (2003). No está en los genes. Racismo, genética e ideología. Barcelona: Crítica.
- Mariath Belloc, M. (2011). Homem-sem-história. A narrativa como criação de cidadania. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- Martínez, A. (1998). ¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia. Barcelona: Departament d'Antropología Cultural i Història d'América i Àfrica. Universitat de Barcelona.

- Martínez, A. (2011). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Antrhopos.
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'etnografia de Catalunya*, nº 3 , 84-119.
- Menéndez, E. (1992). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. En R. Campos (Ed.), *Antropología médica en México 1* (págs. 97-113). México: Instituto Mora-UAM.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, (págs. 451-464). Buenos Aires.
- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder Editorial.
- Mosher, L. (2006). Intervención en un primer episodio de psicosis sin hospitalización ni fármacos. En J. Read, L. Mosher, & R. Bentall (Edits.), *Modelos de locura* (págs. 421-440). Barcelona: Herder Editorial.
- Mosher, L., Gosden, R., & Beder, S. (2006). Las empresas farmacéuticas y la esquizofrenia. El capitalismo desenfrenado alcanza la locura. En J. Read, L. Mosher, & R. Bentall (Edits.), *Modelos de locura* (págs. 141-161). Barcelona: Herder Editorial.
- Núñez, V. (2007). *Pedagogía Social: un lugar para la educación frente a la asignación social de los destinos*. Recuperado el 17 de Enero de 2017, de: http://www.porlainclusion.educ.ar/documentos/Violeta_N_Pedagogia_Social.pdf
- Ortiz, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.
- Parellada, E., & Fernández, E. (2004). *Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza*. Barcelona: Morales i Torres.
- Pérez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: Razones de la locura. *Psicothema Revista De Psicología*, 24 , 1-9.
- Piqueras, A. (2002). *Movimientos sociales y capitalismo. Historia de una mutua influencia*. Valencia: Editorial Germania.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social* 14 , 15-32.
- Read, J. (2006c). ¿Existe la esquizofrenia? En J. Read, L. Mosher, & R. Bentall (Edits.), *Modelos de locura* (págs. 51-66). Barcelona: Herder Editorial.
- Read, J. (2006d). La causa perdida de la biología. En J. Read, L. Mosher, & R. Bentall (Edits.), *Modelos de locura* (págs. 67-78). Barcelona: Herder Editorial.
- Read, J., Mosher, L., & Bentall, R. (2006b). La "esquizofrenia" no es una enfermedad. En J. Read, L. Mosher, & R. Bentall (Edits.), *Modelos de locura* (págs. 3-10). Barcelona: Herder Editorial.
- Ross, C., & Read, J. (2006). Los fármacos antipsicóticos: mitos y realidades. En J. Read, L. Mosher, & R. Bentall (Edits.), *Modelos de locura* (págs. 123-140). Barcelona: Herder Editorial.
- Serrano, M., & Fontela, E. (2005). Agresividad y violencia en pacientes esquizofrénicos. Manejo de la agitación y agresividad aguda. En M. Serrano (Ed.), *Esquizofrenia y enfermedades acompañantes* (págs. 179-200). A Coruña: Asociación Gallega de Psiquiatría.
- Szasz, T. (2008). *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Thomas, P. (2013). La psiquiatría más allá del paradigma actual: el rol de la narrativa psiquiátrica. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, nº 36 , 39-44.
- Valdecasas, J., & Vispe, A. (2013). Thomas S. Kuhn y la caja de pandora: apuntes concpetuales para un cambio de paradigma. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, nº 36 , 14-23.

- Valverde, M., & Inchauspe, J. A. (5 de Enero de 2014). Información sobre la esquizofrenia, campaña antiestigma y marketing encubierto: acerca de la web esquizofrenia24x7. Recuperado el 8 de Febrero de 2016, de Asociación Madrileña de Salud Mental: <https://amsm.es/2014/01/05/informacion-sobre-la-esquizofrenia-campana-antiestigma-y-marketing-encubierto-acerca-de-la-web-esquizofrenia24x7/>
- Wallerstein, I. (2006). Análisis de sistemas-mundo. Una introducción. México: Siglo, XXI.
- Whitaker, R. (2015). Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Salamanca: Capitán Swing.