

Svend Brinkmann

CULTURAS DEL DIAGNÓSTICO



UNA APROXIMACIÓN CULTURAL A
LA PATOLOGIZACIÓN DE LA VIDA MODERNA



Svend Brinkmann

CULTURAS DEL DIAGNÓSTICO



UNA APROXIMACIÓN CULTURAL A
LA PATOLOGIZACIÓN DE LA VIDA MODERNA



Svend Brinkmann

**CULTURAS DEL
DIAGNÓSTICO**



UNA APROXIMACIÓN CULTURAL A
LA PATOLOGIZACIÓN DE LA VIDA MODERNA



Culturas del diagnóstico

Svend Brinkmann

**CULTURAS DEL
DIAGNÓSTICO**

**UNA APROXIMACIÓN CULTURAL A LA
PATOLOGIZACIÓN
DE LA VIDA MODERNA**



Título original en inglés: Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life

© 2016 Svend Brinkmann

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition published by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group.

© De la traducción: Jorge Luis Flores

De la corrección: Cristopher Morales Bonilla

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© Ned ediciones, 2024

Primera edición: marzo, 2024

Preimpresión: Moelmo SCP

www.moelmo.com

eISBN: 978-84-19407-30-6

La reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares del copyright está prohibida al amparo de la legislación vigente.

Ned Ediciones

www.nedediciones.com

Índice

Listado de esquemas

Agradecimientos

Introducción

1. Introducción al concepto de culturas del diagnóstico

2. Los diagnósticos psiquiátricos como objetos epistémicos

3. Lenguajes del sufrimiento

4. Los diagnósticos psiquiátricos como mediadores semióticos

5. «Haz más, siéntete mejor, vive más»: ser objeto de la psiquiatría

6. Interpretar las epidemias

7. Hacia una comprensión global del trastorno mental

8. Conclusiones generales

Lista de referencias

Listado de esquemas

1.1 Tres aspectos de la vida sociocultural

2.1 Problemas en las prácticas sociales: los aspectos de tener, hacer y ser

7.1 Los mediadores constituyentes del fenómeno TDAH

Agradecimientos

Quiero agradecer a Anders Petersen, Ester Holte Kofod, Mikka Nielsen, Mette Rønberg, Andreas Kjær, Rolf Lyneborg Lund y a Rasmus Birk, quienes de diversas formas han sido colaboradores cercanos en el proyecto de investigación «Cultura diagnóstica» que sirve de trasfondo para los análisis del presente libro. He presentado y discutido la mayor parte de las ideas contenidas en el libro con estos excelentes investigadores y les estoy agradecido por sus comentarios y críticas. Algunos de ellos leyeron el manuscrito completo y ofrecieron un feedback muy valioso. También me gustaría agradecerle a Jan Valsiner por compartir conmigo sus reflexiones en torno a la psicología cultural y por ser receptivo a mis ideas sobre cómo desarrollar una teoría de los desórdenes mentales a partir de esta línea de pensamiento. Estoy sumamente agradecido al Consejo Danés para la Investigación Independiente por haber elegido financiar nuestro trabajo sobre culturas del diagnóstico (Grant no. 12-125597), lo cual me permitió no solo llevar a cabo más investigación empírica y teórica, que de otra manera no habría podido hacer (y a su vez emplear a excelentes estudiantes de doctorado), sino que me hizo posible viajar al King's College de Londres y pasar tiempo en esa institución (gracias a Nikolas Rose por recibirme). Más aún, quiero agradecer a Neil Jordan de Ashgate por haberse interesado en mis ideas desde el principio y por haberme animado a desarrollarlas para escribir este libro. También le debo mi gratitud a muchos reseñistas y a los editores de artículos y capítulos de libros que he escrito durante la preparación del presente manuscrito. Muchos de los capítulos se basan en (o reciclan) material que ya había publicado previamente en distintas versiones:

Brinkmann, S. (en prensa), «Towards a cultural psychology of mental disorder: The case of ADHD», en *Culture & Psychology*.

Brinkmann, S. (2014), «Languages of suffering», en *Theory & Psychology*, 24(5), págs. 630-648.

Brinkmann, S. (2014), «Psychiatric diagnoses as semiotic mediators: The case of ADHD», en *Nordic Psychology*, 66(2), págs. 121-134.

Brinkmann, S. (2013), «The pathologization of morality», en K. Keohane & A. Petersen (eds.), *The Social Pathologies of Contemporary Civilization*, Ashgate, Farnham.

Brinkmann, S. (2012), «The mind as skills and dispositions: On normativity and mediation», en *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 46(1), págs. 78-89.

Brinkmann, S. (2011), «Towards an expansive hybrid psychology: Integrating theories of the mediated mind», en *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45(1), págs. 1-20.

Brinkmann, S. (2005), «Human kinds and looping effects in psychology: Foucauldian and hermeneutic perspectives», en *Theory & Psychology*, 15(6), págs. 769-791.

Introducción

Cuando hablamos sobre nuestros problemas, los diagnósticos psiquiátricos como la depresión, ansiedad, autismo y TDAH se han vuelto omnipresentes: operan como poderosas categorías en los sistemas sociales y de salud de nuestros estados de bienestar modernos, y han permeado en los medios masivos y en la cultura popular. Los conceptos de enfermedad y trastorno —y los diagnósticos con los cuales designamos nuestros problemas— ya no son solamente conceptos médicos, biológicos y psicológicos, sino también entidades burocráticas, sociales y administrativas (Rosenberg, 2007: 5). McGann incluso llega a la conclusión de que «los diagnósticos se han vuelto parte de cómo nos entendemos a nosotros mismos, a los otros y al mundo» (McGann, 2011: 343). El propósito de este libro es describir y analizar este fenómeno, al cual me refiero como el desarrollo de las culturas del diagnóstico.

En las culturas del diagnóstico hay ingentes cantidades de dinero involucradas. El costo global de las enfermedades mentales se estima en 2.5 billones de dólares estadounidenses; un número que, se estima, crecerá hasta alcanzar los 6 billones de dólares en el 2030 (Kincaid y Sullivan, 2014: 1). Muchos estudios calculan que alrededor del 25 por ciento de la población de los países occidentales sufrirá por lo menos un trastorno mental diagnosticable a lo largo de un año (Kessler, 2010). Cuando se toma en cuenta la duración de la vida, la prevalencia suele situarse alrededor del 50 por ciento. De acuerdo con muchos psiquiatras, esto demuestra que su disciplina ha progresado hasta alcanzar finalmente el grado necesario para ser capaz de diagnosticar y tratar las enfermedades mentales que siempre han estado presentes. Quizás, en lo tocante a ciertos desórdenes, haya más gente enferma que antes, pero, de acuerdo con este argumento, la diferencia entre el tiempo pasado y el actual es que ahora podemos, finalmente, identificar a los afectados por una enfermedad o un trastorno. Algunos sociólogos opinan lo contrario: que estas cifras son prueba de que la vida moderna crea nuevas epidemias de patologías sociales. En realidad, mucha más gente que antes sufre trastornos mentales porque vivimos en tiempos trastornados. La alta incidencia es un signo de que algo está profundamente mal en nuestra cultura. La gente en Occidente rara vez muere en la actualidad a causa de pobreza material, hambruna o condiciones de trabajo físico deplorables —

como en la época de Karl Marx—, pero está sufriendo diversos desórdenes mentales que van desde la depresión y la ansiedad hasta desórdenes alimenticios y condiciones bipolares, debido a las circunstancias terribles y alienantes de la vida social.

Sin descartar por completo estas interpretaciones, en este libro sostengo que algo más fundamental ha estado pasando en los últimos años: el desarrollo de lo que llamo «culturas del diagnóstico». El concepto de culturas del diagnóstico se refiere a las numerosas maneras en que la gente —pacientes, profesionales y casi todos los demás— usa categorías psiquiátricas para interpretar, regular y mediar diversas formas de autocomprensión y actividad.

En las culturas religiosas del pasado, eran en particular los conceptos religiosos aquellos que mediaban las relaciones de las personas consigo mismas y con los demás, y eran ideas religiosas las que la gente utilizaba para darle significado al sufrimiento que experimentaban. Aunque la religión está lejos de desaparecer en nuestra sociedad postsecular (McLennan, 2010), ahora lo más común es que se invoque a la psiquiatría y a sus diagnósticos para explicar los problemas que la gente experimenta. En ese sentido, sigo el camino emprendido por Bowker y Star, quienes, en su clásico estudio en torno a cómo funcionan las clasificaciones en la sociedad, señalaron que «la clasificación se ha convertido en una herramienta directa para mediar el sufrimiento humano» (Bowker y Star, 2000: 26). El concepto de culturas del diagnóstico busca arrojar luz sobre las muchas formas en que los diagnósticos median el sufrimiento humano, y es importante usar el concepto de culturas en plural, ya que esto sucede de modos muy diferentes en ámbitos sociales distintos.

En este libro pretendo enfocarme específicamente en los diagnósticos psiquiátricos entendidos como clasificaciones, y mi meta es analizar cómo las culturas del diagnóstico se manifiestan en la sociedad en su totalidad, llevándonos a esta situación en que, cada vez más, interpretamos nuestro sufrimiento a la luz de conceptos psiquiátricos y terminología diagnóstica. Digo «interpretamos» porque las culturas del diagnóstico no son predicadas únicamente por médicos y otros profesionales pertenecientes al «sistema». Ya no podemos simplemente acusar a psiquiatras de promover la «medicación desde arriba» (¡con el argumento de que son los médicos y «el sistema» quienes nos enferman!), como se hiciera en el movimiento antipsiquiatría de los 70; ahora, son los pacientes y los ciudadanos mismos quienes están exigiendo «la patologización desde abajo» (McGann, 2011), a través de la búsqueda de

diagnósticos que sirvan como explicaciones para muchos de los problemas de la vida. La cuestión es que reconocer el surgimiento de las culturas del diagnóstico como un aspecto ampliamente difundido y omnipresente de la vida contemporánea debería llevarnos a discutir la oposición entre la postura psiquiátrica (¡al fin podemos ubicar a los enfermos!) y la sociológica (¡una sociedad trastornada nos enferma!) con una mirada fresca. No es que dichas posturas estén equivocadas per se (de hecho, ambas pueden tener más de una pizca de verdad), sino que puede que ambas se estén enfocando en aspectos superficiales de un fenómeno histórico y un cambio en nuestra idea misma del sufrimiento humano.

Este libro se propone analizar y explicar distintos aspectos de las culturas del diagnóstico contemporáneas. Basándose en un análisis psicológico cultural — que se nutre de la sociología y de los estudios culturales— y usando al TDAH en la población adulta como su caso de estudio ejemplar, explica por qué, en una era individualizada y secular, se siente la necesidad de explicar nuestro sufrimiento, incomodidad y problemas en términos psiquiátricos. Lo que es más importante, también se plantea qué pasaría de continuar patologizando el sufrimiento humano; es decir, si continuamos tratando el sufrimiento en términos de enfermedad o trastorno, nos arriesgamos a perder otros recursos fundamentales de autocomprensión. Preocupaciones de índole existencial, política y moral suelen hoy transformarse fácilmente en desórdenes psiquiátricos individuales, y así, nos arriesgamos a perder de vista las fuerzas sociales e históricas mayores que afectan a nuestras vidas. Esto tiene consecuencias graves en nuestra facultad para actuar con el fin de ayudar a la gente a lidiar con sus problemas. Nuestras acciones están cada vez más basadas en diagnósticos, lo que a su vez puede llevar a individualizar y descontextualizar los problemas de las personas.

Además de describir, analizar y criticar el fenómeno de las culturas del diagnóstico, este libro ofrece un análisis filosófico del sufrimiento y de los problemas, desórdenes y enfermedades psiquiátricas, y aboga por un enfoque no reduccionista que haga énfasis en la idea de que el sufrimiento puede ser mucho más que un problema de salud mental. Debería también entenderse en términos políticos, morales y existenciales. Deberíamos evitar estrechar nuestra concepción del sufrimiento como algo que puede ser formulado como una serie de «síntomas» en una lista de control. Deberíamos, en muchos casos, oponernos a la patologización actual de la vida humana, pero ello precisa que, de antemano, comprendamos las culturas del diagnóstico de forma sociológica, y asimismo

requiere conceptualizaciones del dolor alternativas que trasciendan el entendimiento diagnóstico.

Este libro no se limita a describir las culturas del diagnóstico, sino que tiene la ambición de contribuir a la teoría social actual integrando el marco teórico de la psicología cultural (por ejemplo, Valsiner, 2007; 2014). Aunque suele hablarse de la psicología cultural como una rama de la psicología, en realidad es un tipo de ciencia social interdisciplinaria (similar a la ciencia cognitiva o a la neurociencia) que teoriza la acción, el pensamiento y el sentir humanos como elementos mediados semióticamente en las prácticas sociales. En la versión formulada en este libro, la psicología cultural integra sobre todo la psicología social con la historia y con la teoría social y cultural. Pienso que este tipo de integración es necesaria para poder captar tanto las formas en que los procesos sociales afectan la manera que tienen los individuos de sufrir y pensar en la enfermedad mental, como la forma en que los problemas y malestares experimentados por los seres humanos dan forma a dichos procesos sociales. Para poder entender las culturas del diagnóstico de la sociedad contemporánea, y el sufrimiento humano de manera más general, necesitamos comprender cómo la vida personal está entrelazada con la cultural; es decir, cómo los seres humanos son al mismo tiempo individualmente sociales y socialmente individuales (Valsiner, 2014: 53). El proyecto científico de la psicología cultural es justamente analizar esta relación, y se distingue de otras perspectivas relacionadas (tales como los paradigmas de estructuración o el interaccionismo simbólico, por ejemplo) por su visión de las personas como unidades irreductibles de la vida social (Harré, 1983). Volveré sobre ese punto, pero por ahora expondré algunos de los objetivos centrales de este libro:

1. Trazar las culturas del diagnóstico emergentes en la sociedad contemporánea y hacerse la siguiente pregunta: ¿de qué forma los diagnósticos psiquiátricos afectan a la sociedad moderna y a la gente que vive en la actualidad?
2. Analizar el impacto de las culturas del diagnóstico en nuestra comprensión de diversos problemas humanos y en nuestros métodos para lidiar con ellos: ¿cómo usan sus diagnósticos los individuos que son diagnosticados (o que crecientemente se ven a sí mismos a través de la lente de las categorías diagnósticas)?

3. Formular una perspectiva psicológica cultural (que integre la psicología social, la sociología y los estudios culturales) que sea aplicable a fenómenos clínicos (como el TDAH): ¿cómo interactúan los problemas personales con tendencias sociales mayores, y cómo se puede estudiar esto?

4. Cuestionar críticamente la distinción entre naturaleza y cultura, biología y ciencias sociales, la cual se revela cada día más incapaz de ayudarnos a explicar el sufrimiento que la gente siente en sus vidas actualmente: si la mayoría de los desórdenes mentales diagnosticados representan nudos de problemas biológicos, psicológicos y sociales manifestándose en la vida de personas que actúan y sufren, entonces ¿cómo deberían tratarse los desórdenes mentales (en la teoría y en la práctica)?

A continuación, se describe el contenido de cada capítulo en detalle:

El capítulo 1 se centra en el concepto de cultura diagnóstica propiamente y guía al lector a través de las culturas del diagnóstico de las sociedades occidentales contemporáneas. Demuestra cómo los diagnósticos psiquiátricos afectan muchos rincones de la esfera social, desde la educación y el trabajo hasta la vida privada. La cuestión principal es que progresivamente nos están instruyendo para interpretar nuestros problemas y nuestro sufrimiento usando un lenguaje diagnóstico. Este capítulo también desarrolla un enfoque psicológico cultural apropiado para analizar las culturas del diagnóstico. Mientras que los diagnósticos psiquiátricos se han discutido ampliamente en los últimos años, especialmente desde la publicación del DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición) en 2013 (véase, por ejemplo, Cooper, 2014), existen pocos trabajos con perspectivas culturales que estudien el impacto de la psiquiatría y sus diagnósticos en los individuos y en la sociedad. Para poder hacer un trabajo así, necesitamos comprender a las personas como seres culturales, visión que los psicólogos culturales pueden ofrecer. Hacia el final del capítulo se bosquejan algunas de las líneas críticas elaboradas en contra de las ideas psiquiátricas, dando así el trasfondo necesario para el análisis que viene a continuación.

Partiendo de tres dimensiones diferentes de los diagnósticos (denominadas las

dimensiones del tener, del ser y del hacer), el capítulo 2 ofrece una introducción a los diagnósticos psiquiátricos como objetos epistémicos, es decir, como objetos del conocimiento. ¿Los desórdenes mentales genuinos son auténticos «objetos» preexistentes que alguien puede o no tener con relativa independencia de las categorías diagnósticas? ¿O podría ser que los desórdenes emerjan en el mundo al mismo tiempo que las categorías que los señalan? ¿Estamos forzados a elegir entre el esencialismo (la idea de que los diagnósticos hacen referencia a objetos de una enfermedad específica preexistente) y el construccionismo social (la idea de que los diagnósticos construyen las enfermedades y los desórdenes)? ¿O podemos formular una tercera opción? La respuesta que demos a estas preguntas depende de la concepción que se tenga de los diagnósticos como objetos epistémicos, es decir, objetos del conocimiento científico y de intervención. Aquí introduzco el influyente postulado de Ian Hacking sobre el efecto bucle entre las categorías y lo categorizado, y hago una exposición sociológica de la forma en que un problema es asumido como un trastorno psiquiátrico.

En el capítulo 3, sostengo que el lenguaje diagnóstico (con sus efectos potencialmente patologizantes) es tan solo uno entre muchos lenguajes del sufrimiento que están disponibles para los seres humanos cuando tratan de darle sentido a sus aflicciones. Si bien el lenguaje diagnóstico ha obtenido una cierta hegemonía en la sociedad moderna, el lenguaje religioso, existencial, moral y político siguen formando parte de nuestro vocabulario y de alguna forma siguen siendo necesarios para comprender diversos avatares del sufrimiento y el malestar humano. Por ello, este capítulo busca ofrecer una alternativa al estrechamiento diagnóstico de nuestro entendimiento propio, señalando otros recursos discursivos para la interpretación de nuestro sufrimiento.

En la psicología cultural, la mediación semiótica se refiere al uso que las personas hacen de los signos para regular sus pensamientos, palabras y emociones. Basándose en el trabajo de campo con adultos diagnosticados con TDAH, el cuarto capítulo destaca tres funciones específicas que los diagnósticos psiquiátricos cumplen actualmente como mediadores semióticos en la vida de los diagnosticados: (1) una función explicativa en relación con los problemas experimentados (incluso si el diagnóstico es una descripción de los síntomas, suele usarse para explicar esos mismos síntomas), (2) una función autoafirmante (en el sentido de que un diagnóstico ofrece un marco que permite interpretar numerosos fenómenos como «síntomas»), y (3) una función abdicativa de la responsabilidad (con la posibilidad de medicalizar ciertos aspectos de la vida moral). La legitimidad de cada una de estas funciones se somete a discusión, lo

que en sí mismo podría aumentar la angustia sentida por los adultos que han sido categorizados por un diagnóstico controvertido como el de TDAH.

«Haz más, siéntete mejor, vive más» es el eslogan de GlaxoSmithKline, una de las farmacéuticas más prominentes del mundo. Partiendo de la idea de que la publicidad es «la poesía del capitalismo» cuyo efecto se extiende a cada rincón de la vida cultural, el capítulo 5 intenta hacer una descripción del tipo de sujeto imaginado o presupuesto como ideal en una cultura diagnóstica (y por un eslogan como este). Hacer más (¿sin importar qué?), sentirse mejor (¿sin importar por qué?) y vivir más (¿sin importar el cómo?) son todos indicadores cuantitativos que van de la mano con el enfoque diagnóstico de los problemas humanos. El ser diagnosticado se convierte en una entidad cuantitativa, vaciada de significado cualitativo, lo que, sin embargo, ha sido señalado por psicólogos culturales (y especialmente por el filósofo Charles Taylor) como algo central para la autocomprensión del ser humano. Se aduce que, posiblemente, este empuje hacia una condición de persona cuantificada intenta crear una especie de solidez en una era que, por otro lado, Zygmunt Bauman ha llamado «modernidad líquida».

El capítulo 6 delimita y presenta algunas de las interpretaciones más influyentes de las actuales «epidemias» de desórdenes mentales en nuestras culturas del diagnóstico. ¿Hay más gente enferma por culpa de nuestra sociedad moderna? ¿Han estado siempre enfermos, pero solo ahora tenemos la capacidad de verlo gracias a los avances científicos? ¿Están las grandes farmacéuticas detrás de los diagnósticos? Aventuro que, aunque todas estas interpretaciones pueden ser legítimas en algunos casos, hay otras dos que son más relevantes: por un lado, la «psiquiatrización» cultural-histórica del sufrimiento, y por el otro las transformaciones en las prácticas de los diagnósticos.

Lo que comúnmente se critica como patologización injustificada se presenta de maneras diversas en la actualidad (por ejemplo, como patologización de uno mismo, pero también como estigmatización). En este capítulo se defiende que «la patologización generalizada» es un problema muy grave por muchas razones: desequilibra los recursos disponibles para el tratamiento, puede tener el efecto paradójico de aumentar la vulnerabilidad de los individuos, individualiza sistemáticamente los problemas sociales (resultando, por ende, en soluciones individualizadas como las pastillas o la terapia) y nos pone en riesgo de empobrecer la comprensión de nosotros mismos.

Con el fin de enriquecer la discusión en torno a la expansión actual de los diagnósticos psiquiátricos, pienso que debemos entender mejor la naturaleza de los desórdenes mentales y las patologías psiquiátricas. ¿Qué son? Es una pregunta que tradicionalmente ha sido difícil de responder. El capítulo 7 comienza dando un panorama de las definiciones disponibles formuladas por investigadores y disciplinas preeminentes (Boorse, Wakefield, neurociencia, fenomenología, nominalismo), y luego propone que el concepto de trastorno o enfermedad mental no se sostiene por condiciones necesarias y suficientes, sino por lo que Wittgenstein llamó «parecidos de familia». A partir de esto, el capítulo formula un enfoque del concepto de trastorno mental desde una perspectiva psicológica cultural. Se argumenta que la psicología cultural tiene el potencial de desarrollar un entendimiento comprensivo del trastorno mental que combine una conciencia de mente y cuerpo con normas y prácticas socioculturales sin reducir el trastorno mental a ninguna de las partes. En ese sentido, la propuesta podría encontrar un punto medio entre los modelos esencialistas de la psicopatología, por un lado, y los del construccionismo social radical, por el otro, precisamente por poner a la persona (y no al cerebro o a la mente) en el centro de la teoría. Se recurre de nuevo al TDAH en adultos como ejemplo, pero la teoría expuesta tiene ambiciones más generales.

El último capítulo sintetiza y mira hacia el futuro: ¿nos estamos acercando al fin de la patologización, ya que progresivamente nos estamos volviendo incapaces de encontrar más áreas de patología en las culturas del diagnóstico? ¿O será que el futuro (con el uso cada vez más normalizado de los escaneos cerebrales y de las pruebas genéticas) vendrá solamente a expandir aún más las culturas del diagnóstico, produciendo estos incluso antes de que los síntomas aparezcan, y tomando como base el cálculo de riesgos y las vulnerabilidades genéticas?

1. Introducción al concepto de culturas del diagnóstico

Este capítulo tiene dos propósitos: por un lado, daré una introducción al concepto de «culturas del diagnóstico» propiamente, el cual será analizado a lo largo de todo el libro, y por el otro, formularé el enfoque teórico que se usará para analizar tal fenómeno. Dicho enfoque es la psicología cultural.

Vivir en las culturas del diagnóstico

De cierta forma, identificar el fenómeno de las culturas del diagnóstico debería ser fácil ya que vivimos (y al referirme a nosotros incluyo a todos aquellos en el hemisferio imaginario que llamamos Occidente, pero también a aquellos en cualquier otra parte del planeta) en, y convivimos con, estas culturas en prácticamente todas las áreas de la vida social, cada vez que alguien experimenta un problema o actúa de una forma que se considera anormal. Los diagnósticos psiquiátricos formales no han existido por tanto tiempo como pueda suponerse. La primera edición del manual diagnóstico publicada por la Asociación de Psiquiatría Americana, titulado DSM,¹ no apareció hasta 1952, y aunque, por supuesto los términos de diagnosis ya se utilizaban antes de esta fecha, fue solo durante la segunda mitad del siglo

xx

que los diagnósticos psiquiátricos realmente salieron de las prácticas de las clínicas y los hospitales, y se introdujeron en escuelas, organizaciones de bienestar social y familias. Hoy en día, la mayoría de nosotros podemos usar términos diagnósticos como depresión, ansiedad, bipolar, TDAH, TEPT y TOC, así como semidiagnósticos como estrés cuando hablamos de los problemas que nosotros o nuestros hijos enfrentamos en la vida diaria. Leemos libros de autoayuda sobre cómo manejar diversos malestares psicológicos que, tal vez, podrían ser diagnosticados, y consumimos novelas y series de televisión (por

ejemplo: Los Soprano) en donde los héroes o villanos sufren trastornos diagnosticables. Al consultar nuestros diarios, nos enfrentamos cotidianamente con estadísticas atemorizantes que nos dicen, por ejemplo, que la OMS prevé que la depresión se convertirá en la segunda causa de discapacidad a nivel global en el 2020, nos enteramos de que una cuarta parte de la población sufre alguna enfermedad mental en el transcurso de un año, y somos testigos de cómo más y más personas reciben recetas para medicarse contra los síntomas de la depresión, la ansiedad y el TDAH, adultos y niños por igual. Incluso en Dinamarca — supuestamente la nación más feliz del mundo— más del ocho por ciento de la población consume antidepresivos, y en algunos grupos de edad (especialmente entre adultos mayores), el número es considerablemente superior.

En aquello que llamo culturas del diagnóstico, los diagnósticos psiquiátricos son utilizados por los profesionales de la salud y por la población civil con una gran variedad de fines. La terminología psiquiátrica se ha democratizado y ha viajado desde las clínicas y los libros de texto médicos hasta la cultura popular (véase el ejemplo en el Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1 ¿Loco o normal? Diagnósticos psiquiátricos como entretenimiento

En 2012, la Corporación Danesa de Radiodifusión transmitió el documental «¿Loco o normal?».² La premisa era desafiar los prejuicios de la audiencia acerca de los enfermos mentales, mostrándoles que estas personas son, en casi todos los aspectos «iguales que tú y yo». El programa tenía un formato entretenido, similar a un concurso de preguntas y respuestas, y el presentador era un afamado «doctor de la TV»: tres expertos (un psiquiatra, un psicólogo y una enfermera psiquiátrica) eran confrontados con un grupo de diez personas a las que nunca habían conocido y de estas, cinco tenían diagnósticos psiquiátricos distintos (esquizofrenia, desorden alimenticio, TOC, fobia social y depresión bipolar). Conforme los episodios avanzaban, los expertos debían empatar los diagnósticos con cinco de los participantes. La audiencia también podía intervenir votando por internet, intentando adivinar cuál de los participantes tenía una enfermedad mental. Con el fin de ayudar a los expertos y a los televidentes en el juego, los participantes tenían que enfrentarse a una serie de

pruebas que, supuestamente, revelarían algunas pistas sobre quién estaba enfermo y quién sano. Por ejemplo: debían hacer comedia stand-up en vivo frente a una audiencia (bajo la suposición de que esto sería difícil para alguien con fobia social), y hacer una limpieza de una granja animal (revelando, tal vez, al afectado por TOC). Finalmente —y aparentemente en concordancia con las intenciones del programa— los expertos no pudieron adivinar quiénes estaban enfermos, ni qué diagnóstico pertenecía a quién. Por su parte, los televidentes tuvieron un desempeño igualmente pobre en el juego.

¿Qué revela un programa como este sobre nuestras culturas del diagnóstico y nuestra compleja actitud hacia los enfermos mentales en la actualidad? En principio, puede hacerse la observación de que un programa como este habría sido impensable (al menos en Dinamarca) hace apenas unos años. Los diagnósticos psiquiátricos no eran visibilizados públicamente y no habrían sido el centro de atención en un programa de entretenimiento popular en televisión. Al menos superficialmente, esto indica que los problemas psiquiátricos ya no son el tabú que fueron y que se ha reducido la estigmatización proveniente de estos diagnósticos. Más aun, y de forma más sutil, el programa acusa una serie de paradojas inherentes a la lógica de las culturas del diagnóstico del siglo

xxi

. Por ejemplo, un discurso de peso que el programa de televisión replica, defiende que los problemas psiquiátricos son, como suele decirse, enfermedades «iguales que las enfermedades somáticas». En principio, no hay diferencias entre los problemas somáticos y los psiquiátricos, y ambos deberían ser iguales ante los sistemas de salud del estado de bienestar.³ Al mismo tiempo, la lógica subrepticia del programa parecería contradecir este discurso de «igualdad de enfermedades». Esto resulta evidente cuando uno imagina un programa similar con gente afectada por enfermedades somáticas. ¿Podría televisarse un programa donde los participantes deban pasar pruebas que resaltarían sus síntomas? La probabilidad es muy baja. Imaginemos una persona con osteoporosis forzada a jugar hockey, por ejemplo, o a pacientes con diabetes comiendo montones de dulces. Por algún motivo, el hecho de que personas con trastornos mentales tuvieran que llevar a cabo actividades orientadas a evidenciar sus enfermedades no provocó la indignación del público (de hecho, todo lo contrario). Así, se revelan los puntos de vista contradictorios sobre los problemas psiquiátricos que tenemos en nuestras culturas del diagnóstico: por un lado, estos son «iguales que las enfermedades somáticas», pero por otro, claramente pensamos en ellos como

algo distinto.

En relación con esto, vale la pena resaltar que las personas con diagnósticos fueron presentadas como «sanas» en el momento en que se grabó el programa. Por motivos éticos, es razonable, por supuesto, que se incluyeran solamente a personas que no fueran excesivamente vulnerables, además de servir como protección contra las pruebas del programa; no obstante, sabiendo esto, no resulta tan sorprendente que tanto los expertos como los televidentes fueran incapaces de adivinar quiénes eran los afectados por diversos trastornos mentales. De forma similar, en el libro que servía de complemento al programa de televisión, podemos leer que Kristine (diagnosticada con TOC) «está curada», y se refiere a sus problemas restantes como «malos hábitos que cualquiera puede tener» (Kyhn, 2012: 46). Una vez más, comparemos esta situación con una enfermedad somática: si alguien ha sufrido alguna vez una fractura o le han diagnosticado un tumor, pero se ha recuperado, nadie esperaría que alguien (ni siquiera un experto) pudiera adivinar acertadamente lo que ha ocurrido. Así que, aunque el programa quiere transmitir el mensaje de que «ellos» son «justo como nosotros», paradójicamente parece concluir implícitamente que «una vez que se es un paciente psiquiátrico, se es un paciente psiquiátrico para siempre», incluso si los síntomas han desaparecido. La premisa del programa era que debería ser posible adivinar los trastornos aun cuando los (antiguos) pacientes estuvieran ahora libres de síntomas, de manera que, al contrario a lo que seguramente eran sus buenas intenciones, el programa vino a reforzar el discurso de la cronicidad de los problemas psiquiátricos. De nuevo vemos la lógica contradictoria que opera en las culturas del diagnóstico: por un lado, definimos e identificamos los trastornos mentales con base en síntomas (un tema al que volveré varias veces en el libro), pero, por el otro, nos aferramos a la creencia de que dichos trastornos, de alguna manera, podrían persistir cuando los síntomas ya no se manifiestan.

Unos años después, en 2014, el programa continuó con dos nuevos episodios titulados «¿Loco o normal? En la entrevista de trabajo». En este caso, en lugar de expertos en salud mental, eran tres gerentes de negocios los que entrevistaban a pacientes psiquiátricos infiltrados en un grupo de personas que se presentaban para un puesto de trabajo, y se les preguntaba a quién de entre los participantes les gustaría ofrecer trabajo. Curiosamente, los gerentes fueron en general positivos en sus comentarios sobre las personas con diagnósticos y el ganador fue, de hecho, un paciente psiquiátrico. Esta segunda serie, que ahora abordaba los diagnósticos y la vida laboral, demuestra otro aspecto paradójico de las culturas del diagnóstico: por un lado, sin duda es positivo que las personas

diagnosticadas sean consideradas «como nosotros» (frase que servía de eslogan para la campaña nacional ligada al programa con el fin de concienciar al público sobre los trastornos psiquiátricos) hasta el punto de que expertos y líderes de negocios sean incapaces de reconocer a los pacientes entre cualquier grupo de personas. Podríamos ver esto como una prueba de que «ellos» son de hecho «como nosotros». Sin embargo, ellos son aún «ellos» y paradójicamente son identificados y excluidos por la etiqueta del diagnóstico. Por otro lado, el argumento o la prueba de su condición de personas iguales a las demás puede usarse fácilmente en su contra y convertirse en un argumento para decir que, si son «justo como nosotros», ¿por qué necesitan beneficios especiales por parte del estado de bienestar como pensiones y otras ventajas acordadas por la sociedad? El libro complementario hace la pregunta directamente: «Si los tres expertos son incapaces de adivinar quién de entre los diez participantes sufre un trastorno, entonces ¿cómo diablos se supone que el resto de nosotros deberíamos adivinarlo?» (Kyhn, 2012: 9). En un sentido ético, puede ser bueno que los televidentes descubran que los pacientes psiquiátricos son personas agradables sin problemas dramáticos, pero el inconveniente que puede provenir de ello es que podría volverse difícil para los propios pacientes explicar sus malestares y legitimar su necesidad de ayuda. Esto apunta a un dilema más grande concerniente a los diagnósticos psiquiátricos que se hará evidente de distintas formas a lo largo del libro: los diagnósticos pueden estigmatizar y patologizar (y por lo tanto ser algo que deberíamos evitar), pero a la vez la clasificación que ofrecen puede conllevar algunas ventajas en los estados de bienestar de las culturas del diagnóstico, lo cual explica por qué algunas personas buscan activamente ser diagnosticadas.

El cuadro 1.1 expone el uso de los diagnósticos psiquiátricos en el entretenimiento, o, quizá más precisamente, para el «entretenimiento educativo», transmitido por un canal de la televisión pública respetado en Dinamarca, y es un ejemplo de cómo los diagnósticos se conciben en la cultura contemporánea. En este breve ejemplo hemos visto ya varias paradojas que pueden emerger cuando se habla de diagnósticos psiquiátricos hoy en día: (1) a través de los diagnósticos, los problemas psiquiátricos se tratan como problemas médicos, y sin embargo no son exactamente eso; (2) a través de los diagnósticos, los problemas psiquiátricos se equiparan con síntomas manifiestos y a veces con síntomas transitorios, y, sin embargo, los diagnósticos tienden a reforzar la cronicidad; (3) a través de los diagnósticos, los problemas psiquiátricos se

muestran como algo que «no es especial» ya que muchos de nosotros podríamos ser diagnosticados en cualquier momento. Sin embargo, normalizar los trastornos puede causar dificultades para las personas si ello provoca que sus problemas no se consideren suficientemente serios. Sin duda, hay muchas paradojas inherentes a las culturas del diagnóstico, lo que ya de por sí podría agravar el sufrimiento que sienten aquellos que viven en estas culturas y son diagnosticados. No es de sorprender que sea más fácil explicar un problema a nosotros mismos y a los demás si este puede observarse físicamente, como una fractura o un tumor.

Expandir los diagnósticos

El objetivo del término «culturas del diagnóstico» es llamar la atención sobre la propagación del vocabulario diagnóstico y sus prácticas sociales asociadas con nuevas áreas de la vida sociocultural. Pero también, más concretamente, busca señalar el creciente número de personas que «viven bajo la descripción» de un diagnóstico (Martin, 2007). En el presente, vemos una expansión diagnóstica en (al menos) dos formas: en muchos países, son cada vez más las personas que reciben un diagnóstico psiquiátrico, además de que se formulan y proponen continuamente nuevos diagnósticos, algunos de los cuales terminan entrando en los manuales oficiales (el CIE y el DSM), mientras que otros se mantienen en los márgenes de la práctica médica. En 1952, cuando apareció el DSM-I, había 106 diagnósticos en un manual de 130 páginas. En 1994, con el DSM-IV, el número de diagnósticos aumentó a 297 en un manual de 886 páginas (Williams, 2009). Y ahora que el DSM-5⁴ se ha publicado, encontramos 15 diagnósticos nuevos (incluyendo el trastorno por acumulación y el síndrome de abstinencia de cannabis), así como la eliminación de algunos otros (el síndrome de Asperger sería el más llamativo). El número de diagnósticos oficiales, por lo tanto, aumentó dramáticamente durante la segunda mitad del siglo

xx

, aunque en la actualidad parece que está remitiendo.

En su reciente libro sobre el DSM-5, Rachel Cooper ha concluido que, a pesar de los cambios, «lo más espectacular del DSM-5 es su similitud con el DSM-IV» (Cooper, 2014: 60). Es especialmente espectacular cuando se toma en cuenta el ingente esfuerzo que se empleó en discutir y reconstruir el sistema diagnóstico. En principio, durante el desarrollo del DSM-5, la ambición era la de propiciar un cambio de paradigma equivalente al que ocurrió con la transición entre el DSM-II y el DSM-III en 1980. La transición que se dio en 1980 implicó un cambio de un enfoque de diagnóstico etiológico, en el cual el doctor empleaba un método holístico que tomaba en cuenta toda la biografía del paciente, basándose en buena medida en la teoría psicoanalítica, a un enfoque de diagnóstico totalmente basado en los síntomas en el DSM-III. Horwitz se refiere simplemente a esto como una transición en donde la psiquiatría etiológica fue reemplazada por la «psiquiatría diagnóstica» (Horwitz, 2002). A partir del DSM-II se llegaba a un diagnóstico (y todavía es así) contando los síntomas que se presentaban a lo largo de un periodo de tiempo (por ejemplo, dos semanas). Se creía que el cambio al DSM-5 traería consigo un cambio similar, en esta ocasión alejándose del enfoque categórico, donde uno tiene o no tiene un trastorno mental según el número y severidad de síntomas que manifieste, en favor de un enfoque dimensional, donde todos ocupan un sitio dentro de un continuum. No obstante, el esfuerzo para elaborar un sistema dimensional fracasó y, en su lugar, se reorganizaron los capítulos del manual. Las similitudes entre ambas ediciones del DSM —la IV y la 5— tiene como consecuencia que muchas de las críticas que se le hicieron al DSM-IV (por ejemplo, aquellas de Kutchins y Kirk, 1997) todavía se aplican al DSM-5, e irónicamente, ahora son defendidas por alguien como Allen Frances, quien tuvo un rol central en la creación del DSM-IV (Frances, 2013). (Frances fue el presidente del equipo de trabajo que creó el DSM-IV).

Además del aumento en el número de personas diagnosticadas y en el número de diagnósticos que es posible hacer, de acuerdo con algunos estudios existe un tercer tipo de aumento: el número de personas que debería recibir un diagnóstico psiquiátrico y no lo ha hecho. Este es el problema conocido de las enfermedades infradiagnosticadas, el cual coexiste con las acusaciones de enfermedades sobrediagnosticadas. Estrictamente hablando, es verdad que ambas tendencias pueden ocurrir simultáneamente si se da el caso de que gente enferma no es diagnosticada mientras que gente sana es diagnosticada. A la diferencia que existe entre el número de gente que recibe un diagnóstico y el número de gente que debería recibir un diagnóstico se le llama «brecha de tratamiento», ya que un diagnóstico psiquiátrico es, en muchos casos, el pasaporte necesario para obtener

acceso al tratamiento. Según algunos cálculos fidedignos, la brecha de tratamiento para la mayoría de los trastornos mentales es mayor al 50 por ciento (y para algunos, como el abuso de sustancias, es mucho más alto), lo cual quiere decir que más de la mitad de la gente que sufre algún trastorno mental no recibe tratamiento (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004). Organizaciones de pacientes, investigadores, profesionales y la industria médica pueden referirse a la brecha de tratamiento para sostener el argumento de que «se necesita hacer más» para identificar a los enfermos mentales y darles tratamiento. Los diagnósticos son centrales en este punto, puesto que es a través de ellos que se define qué es una enfermedad mental y cómo debe identificarse.

Un buen ejemplo del discurso en torno a la expansión de los diagnósticos puede hallarse en la página web de la Organización Mundial de la Salud,⁵ donde se dice lo siguiente:

La tasa de prevalencia durante la vida de cualquier tipo de trastorno psicológico es más alta de lo que antes se pensaba, además de que está creciendo en algunos grupos de edades y afecta a casi la mitad de la población.

A pesar de ser comunes, las enfermedades mentales son infradiagnosticadas por los médicos. Menos de la mitad de aquellos que cumplen con los criterios para ser considerados como afectados por un trastorno mental son diagnosticados por los doctores.

Asimismo, los pacientes se muestran renuentes a buscar ayuda profesional. Solo 2 de cada 5 personas que experimenta fluctuaciones en el estado de ánimo, ansiedad o trastorno de abuso de sustancias busca ayuda durante el año en que el trastorno comenzó.

Sin duda este es un mensaje alarmante: la tasa de prevalencia de cualquier trastorno psicológico es más alta de lo que pensábamos y está aumentando, ¡afectando a casi la mitad de nosotros en todo el mundo! Los trastornos siguen siendo infradiagnosticados (brecha de tratamiento) en parte porque la gente no busca ayuda cuando sufre. Aparentemente, las tasas de prevalencia se aceptan sin cuestionamiento y la OMS ni siquiera considera la posibilidad de que una

razón posible que puede tener una persona para no buscar ayuda es porque no siente que tenga un problema psiquiátrico, incluso cuando su problema cumple con los criterios diagnósticos de un trastorno mental. Sobra decir que otra posibilidad es que haya gente que no recibe ayuda porque no hay ayuda disponible (o porque es demasiado costosa ahí donde viven), pero la cuestión es que muy probablemente existe una gran variedad de razones que impiden el tratamiento para lo que se presupone que es un trastorno mental.

La expansión de los diagnósticos se ve en todo el mundo, pero este libro es casi exclusivamente sobre lo que llamamos Occidente, donde se presume que la mitad de la población sufre al menos un trastorno mental a lo largo de su vida, y aproximadamente un cuarto de esa población lo sufre a lo largo de un año (Wittchen y Jacobi, 2005). En Occidente hay ciertas ideas muy fijas en torno a qué cuenta y qué no como un trastorno mental, de acuerdo con aquello que se especifica en los manuales, y aunque el DSM (en particular) influye en las formas locales en que se entienden los problemas mentales alrededor del mundo (Watters, 2010), aún hay diferencias y excepciones curiosas. Una excepción así se produjo en junio de 2014, en Nigeria, cuando Mubarak Bala fue obligado a ir a tratamiento psiquiátrico por un caso de ateísmo. Su falta de fe en Dios fue interpretada como un trastorno mental, probablemente un efecto de la esquizofrenia, y fue recluido contra su voluntad en un pabellón psiquiátrico. Afortunadamente ya ha sido liberado, pero según se dice sigue en peligro por sus creencias (o falta de ellas) que fueron patologizadas por médicos locales.⁶ Este caso es un ejemplo extremo de cuánto puede variar aquello que se considera un trastorno mental y de cómo la psiquiatría y el contexto cultural y político están entrelazados. Para los occidentales es fácil notar este fenómeno cuando se encuentran con un caso extremo en Nigeria, pero es mucho más difícil darse cuenta de ello dentro de nuestras propias culturas del diagnóstico, sobre todo si consideramos la forma en que nuestras conceptualizaciones actuales de los trastornos mentales están siendo naturalizadas por medio de las categorías diagnósticas. En otras palabras: para nosotros, los occidentales, pensar en los trastornos mentales, más allá de lo dado por las categorías diagnósticas, se ha vuelto difícil. Esto quiere decir que el discurso psiquiátrico-diagnóstico todavía no es hegemónico, e incluso aquellos que son conscientes de los efectos negativos de la diagnosis —aquellos que defienden, citando a Rachel Cooper, que la diagnosis «sugiere que el origen de un problema debería buscarse en el individuo y [...] tiende a extirpar el problema del ámbito político o ético» (Cooper, 2014: 4)—, suelen permanecer encerrados en el lenguaje diagnóstico al referirse a los problemas señalados por los diagnósticos, como, por ejemplo, la

pregunta de si nos deprime la patologización de la tristeza.

Hasta aquí, espero haber ofrecido suficientes ejemplos para aclarar lo que quiero decir en este libro cuando hablo de las culturas del diagnóstico de nuestra sociedad contemporánea. Es importante usar el término «culturas» en plural puesto que no hay una comprensión monolítica acordada sobre el trastorno mental provista por los diagnósticos, y tampoco hay una forma única de usar el lenguaje diagnóstico. Las categorías diagnósticas se utilizan de muchas maneras por parte de los pacientes, los padres, los maestros, los gerentes, los terapeutas, los médicos, los psiquiatras, los psicólogos, los investigadores, los funcionarios públicos, los trabajadores sociales, etc. Además, dentro de estos distintos grupos también hay mucha heterogeneidad en cuanto a los diagnósticos: hay grupos de pacientes que luchan por el derecho a ser diagnosticados (reconocidos) y otros que luchan contra la diagnosis (ser patologizados). ¿Cómo decidir en qué caso hablamos de un reconocimiento justo del sufrimiento por medio de la diagnosis y en qué otro se trata de una patologización ilegítima de comportamientos excéntricos o anormales? No es una tarea sencilla y no es algo que este libro pueda resolver definitivamente. La tarea es, más bien, develar la situación social a través del concepto de culturas del diagnóstico, elaborando un esquema de las formas en que los diagnósticos operan en la vida personal de la gente y en la escala social.

Recientemente, Nikolas Rose ha resumido las funciones sociales de los diagnósticos en (lo que yo llamo) nuestras culturas del diagnóstico (adaptado de Rose, 2013), dando una muestra de cuánto puede variar la forma en que operan los diagnósticos:

1. Un diagnóstico es un prerrequisito para considerar a un individuo apto para el tratamiento; sin el diagnóstico de una enfermedad, normalmente no hay razón para tratar a la persona.
2. En sistemas basados en seguros, es un requisito para la cobertura financiera del costo del tratamiento.
3. Para aquellos que son empleados, puede ser un requisito para justificar una ausencia en el trabajo.
4. Para aquellos que están desempleados, puede ser un requisito para acceder a

prestaciones sociales.

5. Para hospitales y establecimientos médicos, es un elemento central del historial de los pacientes, que suele incidir en la distribución de fondos por parte de aquellos que se encargan de los servicios destinados a atender diversas enfermedades.

6. Para los abogados, puede ser un requisito para la reclusión y tratamiento involuntarios.

7. En el sistema educativo, un diagnóstico puede servir de fundamento para asignar alguna oferta educativa especial.

8. Para los epidemiólogos, las categorías diagnósticas son la base para sus cálculos y predicciones, los cuales están fundados en evaluaciones de incidencia y prevalencia.

9. Para aquellos funcionarios que se encargan de la planificación de los servicios, dichos cálculos y predicciones son la materia prima de su trabajo.

10. Para quienes financian la investigación académica, especialmente las fundaciones que se enfocan en un trastorno particular, los diagnósticos pueden delimitar un problema que verdaderamente merezca ser investigado.

La lista podría haber sido mucho más extensa, por lo que, aunque los diagnósticos psiquiátricos se crearon para convertirse en las herramientas de trabajo de los psiquiatras, estamos viendo que hoy en día operan en y a través de muchas prácticas sociales, además de ofrecer al individuo la experiencia de obtener una explicación para sus problemas. Los diagnósticos influyen en cómo las personas se sienten y se interpretan, entran en distintos ámbitos sociales (como escuelas, el trabajo y el hogar), se les utiliza para regular un enorme número de actividades, y tienen complejas historias que explican cómo han llegado a ser usados como se les usa hoy en día. Entonces, ¿dónde puede uno encontrar un marco teórico que facilite el estudio de los aspectos fenomenológicos, discursivos e históricos de los diagnósticos?

Mi respuesta en este libro nos dirige a la psicología cultural, tema sobre el cual me ocuparé a continuación. Aquellos lectores familiarizados con este paradigma

teórico pueden ir directamente al siguiente capítulo, mientras que aquellos a quienes el marco teórico les parezca demasiado abstracto, pueden también dirigirse a los capítulos más nutridos en contenido, antes de volver a la teoría que se desglosa en lo que resta de este primer capítulo.

Psicología cultural

La psicología cultural tiene una larga historia, cuyo claro origen es el trabajo de Lev Vygotsky en Rusia, en los albores del siglo

xx

(Vygotsky, 1978), y de la que se pueden trazar de forma más indirecta sus antecedentes filosóficos. Vygotsky abrevó en muchas fuentes, pero principalmente se posicionó en la tradición marxista, esforzándose por explicar las relaciones entre la mente y el mundo, el individuo y la sociedad, dialécticamente y no como entidades separadas que interactúan de un modo impreciso. Se pueden encontrar antecedentes de esta línea de pensamiento en filósofos como Hegel y Spinoza, los cuales, además, se oponen a las filosofías cartesianas dualistas que entienden al sujeto y al objeto como entidades separadas. Este no es el sitio apropiado para recorrer la historia completa de la psicología cultural; otros lo han hecho más exhaustivamente, como por ejemplo Jaan Valsiner y Rene van der Veer (2000). En su libro, rastrean el concepto de mente social, que se encuentra no solo en la obra de Vygotsky, sino también en la de los pragmatistas estadounidenses John Dewey y George Herbert Mead. El enfoque dialéctico propone la idea de que la mente es social y de que lo social también «tiene mente». En otras palabras, como dice Valsiner: «Los seres humanos son individualmente sociales y socialmente individuales» (Valsiner, 2014, 53). Es sencillamente imposible delimitar dos campos ontológicos distintos, uno para la mente de los individuos y otro para la cultura o «lo social». En realidad, las personas —seres humanos considerados como criaturas dotadas de mentes y no solo como organismos fisiológicos— pertenecen a la cultura y la cultura pertenece a las personas (Valsiner, 2007: 21). Esto significa que para establecer la psicología cultural como disciplina, la psicología, la sociología y la

antropología son necesarias, junto con otras disciplinas que deberían añadirse, sobre todo la historia, pues la psicología cultural entiende todos los procesos mentales/culturales como procesos que existen y se desenvuelven en el tiempo histórico. La idea es que la cultura es un proceso histórico y no una entidad o sustancia. La cultura no es una cosa y, para los psicólogos culturales no tiene agencia ni poderes causales (Valsiner, 2014). Por lo tanto, la cultura no hace nada; la cultura no actúa y la cultura no nos hace actuar a nosotros tampoco. La cultura no es una variable que pueda aislarse y medirse. Desde esta perspectiva, una pregunta como «¿qué tanto de tu vida activa está determinado por la cultura?» carece de significado, ya que la cultura no determina nada y, de cualquier manera, no sería posible calcular su importancia relativa (junto con la biología, la naturaleza o los genes, por ejemplo). Sería más preciso decir que todo en el mundo humano es cultural, así como todo en el mundo humano es natural (principalmente porque es natural para los seres humanos vivir como seres culturales).

Para la psicología cultural, solo las personas (no la cultura) actúan (Brinkmann, 2011b). En contraste con otros enfoques psicológicos que ven los fenómenos mentales como aspectos de la mente, o con los enfoques neurocientíficos que los ven como aspectos del cerebro, los psicólogos culturales defienden que los predicados psicológicos atañen solo a las personas. No son ni «mentalistas» ni «cerebristas», sino «personistas» (Sprague, 1999). Esto también distingue a los psicólogos culturales de muchos sociólogos que trabajan con estructuras sociales o entidades asignándoles algún tipo de poder activo. Solo las personas tienen esta clase de poder, pero ninguna acción humana sería posible sin la cultura. Así que aun cuando la cultura no es una variable, una fuerza o un agente, está en todas partes en la vida y mente humanas. La cultura es el nombre de todos los mediadores que las personas usan cuando llevan a cabo acciones, tienen pensamientos o sienten emociones. El lenguaje, por ejemplo, es una herramienta cultural que media la capacidad humana para el pensamiento conceptual y permite que existan formas complejas de comunicación y de autoconsciencia. El lenguaje tiene una importancia especial para los psicólogos culturales porque es gracias a él que los seres humanos son capaces de crear una distancia con los contextos de «aquí y ahora» en los que se encuentran.

Al proceso de crear distancia —y de reflexionar sobre el contexto, las preferencias de uno mismo y el deseo de actuar—, los psicólogos culturales lo llaman mediación semiótica (Valsiner, 2007: 33). Los mediadores de signos, tales como el lenguaje, no son exactamente lo mismo que los medios, ya que

estos nos permiten, de forma muy directa, llevar a cabo sus intenciones premeditadas (un razonamiento de tipo «medios-fin»), mientras que los mediadores al mismo tiempo conforman y transforman las intenciones que transportan. Por ejemplo, cuando tenemos pensamientos abstractos, no es que tengamos ideas prelingüísticas que, de alguna manera, se traducen al lenguaje que usamos para comunicarnos con otros; más bien, lo que ocurre es que usamos el lenguaje para concebir los pensamientos que tenemos. El lenguaje es, como dijo Wittgenstein, «el vehículo del pensamiento» (Wittgenstein, 1953, 329). En este sentido, el lenguaje media la actividad del pensar y las categorías que usamos al hacerlo median las acciones que tomamos. No puedo, por ejemplo, celebrar la Navidad sin la categoría «Navidad», pero esto no quiere decir que la Navidad sea un evento puramente lingüístico o discursivo. Obviamente, la Navidad es un conjunto de prácticas que involucran herramientas semióticas y materiales, que van desde árboles y regalos hasta villancicos y vacaciones, y muchas otras cosas que han evolucionado históricamente. Para volver sobre el concepto de agencia: los psicólogos culturales esgrimen el argumento (bastante obvio) de que las personas celebran la Navidad. No son ni el árbol, ni los regalos quienes celebran el evento; son las personas los agentes irreductibles de la vida cultural (Harré, 1983). No obstante, es igualmente obvio que las personas no podrían celebrar la Navidad, o tener siquiera las intenciones de hacerlo, si no hubiera un gran abanico de mediadores, algunos semióticos y otros materiales, ambos igualmente importantes para conformar las prácticas de la Navidad.

La ambición de este libro no es estudiar las culturas navideñas. Otros psicólogos culturales podrían hacerlo y sería un tema fascinante. Mi ambición es estudiar las culturas del diagnóstico y las complejidades ya discutidas —de las personas y las prácticas, la semiosis⁷ y las materialidades, todas dentro de relaciones dialécticas— que requieren un marco amplio, y a la vez preciso, dentro de la psicología cultural. Distintas escuelas y tradiciones dentro de la psicología cultural ponen el énfasis en aspectos ligeramente diferentes del fenómeno de las personas dotadas de mente que participan en prácticas sociales, y creo que todos estos enfoques son legítimos y fructíferos para el proyecto de este libro. Por ello, dedicaré las siguientes páginas a desglosar brevemente tres aspectos de la vida sociocultural estudiada por los psicólogos culturales, pero primero debo hablar un poco más sobre el concepto de mente, que es tan importante como el de cultura para los psicólogos culturales.

¿Qué es la mente?

En la vertiente de la psicología cultural formulada aquí, la mente se considera una normativa (Brinkmann, 2006; véase también Brinkmann, 2011b pues lo que sigue a continuación está basado en ese trabajo). Esta idea tiene consecuencias considerables al analizar aquello que clasificamos como trastornos mentales, tal y como veremos sobre todo en el capítulo 7. El que la mente sea normativa quiere decir que no es equivalente a la consciencia puramente receptiva o experiencial, o a aquello a lo que a veces se le llama qualia en la filosofía de la mente contemporánea; y tampoco es equivalente con ninguna otra sustancia o entidad, ni siquiera con la entidad material que es el cerebro. ¿Por qué? Porque si la mente fuera idéntica a algún proceso o entidad operante en el mundo o en el cerebro, no tendríamos manera de distinguir los fenómenos psicológicos de los fisiológicos y, como efectivamente somos capaces de hacer esa distinción, entonces la mente no puede ser puramente causal. Un ejemplo tomado de Harré (1983) puede servir para ilustrar lo que intento explicar: aunque tanto el miedo, como la ira, la indigestión y el agotamiento se manifiestan en el comportamiento y a la vez son cualidades experienciales muy particulares (qualia), no tendríamos problema en convenir que solo los dos primeros fenómenos podrían incluirse entre los fenómenos psicológicos (o mentales), mientras que los otros dos son fisiológicos. ¿Cómo? El miedo y la ira son fenómenos psicológicos, dice Harré, porque ambos pertenecen a un orden moral normativo donde pueden ser evaluados de acuerdo con normas locales de corrección y propiedad. El miedo y la ira no ocurren sin más, como los fenómenos fisiológicos, sino que son producidos (por personas dotadas con facultades) y por ende están sujetos a normativas y, justamente, a valoraciones morales. Uno puede sentir y expresar una ira legítima y también una ilegítima, mientras que la indigestión puede ser dolorosa y molesta, pero sería absurdo decir que puede ser legítima o no. Los fenómenos mentales —nuestro modo de percibir, actuar, recordar y sentir— no ocurren sin más, sino que pueden producirse bien o mal según costumbres culturales, normas y convenciones. En dos palabras: son normativos.

Por lo tanto, estudiar la mente es lo mismo que estudiar un conjunto de habilidades y disposiciones para actuar, sentir y pensar de modos concretos, y no podemos examinar el cerebro de una persona para establecer si tiene una habilidad. Tenemos que estudiar a la persona ejecutando acciones en su vida

práctica. Poseer una mente no es como tener una «cosa» pegada al cerebro o al cuerpo (ya que las habilidades no son «cosas»), sino que, más bien, el que una criatura posea una mente «significa que tiene un rango de capacidades intelectuales y de voluntad, y sobre todo que posee las capacidades conceptuales de un usuario del lenguaje, pues este hace posible la autopercepción y la autorreflexión» (Bennett y Hacker, 2003:105). Dicho de otro modo, al usar el concepto de mente usamos «un término genérico para nuestra gama de habilidades y disposiciones, y sus relaciones correspondientes» (Coulter, 1979:13). No es lo mismo que hablar de un lugar (por ejemplo: «el mundo interior») ni de un objeto (por ejemplo, el cerebro). Hilary Putnam ha llegado a la misma conclusión desde el pragmatismo: «La mente no es una cosa. Hablar de nuestras mentes es hablar de las capacidades que tenemos y las actividades que realizamos en nuestra conexión con el mundo» (Putnam, 2001: 200). Como veremos en este libro, esta idea tiene consecuencias con respecto a cómo deberíamos entender los trastornos mentales como uno entre varios tipos de fenómenos mentales humanos.

Los psicólogos culturales se oponen a esta tendencia en la psicología, y en nuestra cultura actual en general, de cosificar la mente tratándola como si fuese una entidad independiente que «hace» ciertas cosas (prestar atención, recordar, etc.). Al igual que la cultura, la mente no hace nada. Solo las personas hacen cosas, y al usar el término «mente» nos referimos precisamente a la capacidad, habilidades, facultades y disposiciones de las personas que llevan a cabo estas acciones. Valsiner (2007: 125) aborda una falacia relacionada con lo anterior a la que llama «entificación», que consiste en tratar constructos psicológicos (por ejemplo, la personalidad, la inteligencia o los trastornos mentales) como entidades causales «en la mente» que provocan que las personas hagan ciertas cosas. Una vez más, es mejor seguir el ejemplo del pragmatista John Dewey e insistir en que los fenómenos psicológicos son adverbiales (véase Brinkmann, 2013a). Estos se refieren a cosas hechas, lo cual quiere decir que no hay entidades psicológicas como tal (por ejemplo, la inteligencia, la ira, la depresión), sino únicamente personas y lo que estas hacen (y ciertamente pueden actuar de forma inteligente, iracunda, depresiva, etc.). (Véase también Billig, 1999, donde se ofrece una defensa convincente del enfoque adverbial de las emociones). Es por ello que los psicólogos culturales recomiendan como algo útil pensar en la mente como un verbo y no como un sustantivo, como una actividad o proceso y no como una entidad estática. Cuando hacemos esto, podemos abordar la mente como un fenómeno normativo, es decir, como un conjunto de habilidades y disposiciones para actuar, pensar y sentir. Visto a

través de este prisma, algunos problemas viejos se disuelven mientras emergen otros nuevos. El problema cartesiano sobre cómo encontrar un lugar para la mente en un universo físico ya no es relevante, pues este problema presuponía a la mente como una sustancia (inmaterial) que, de alguna forma, tenía que atarse con el mundo material. Sin embargo, si la mente no es una sustancia, entonces no es ni material ni inmaterial. Difícilmente podemos abordar las habilidades y disposiciones en estos términos. (Una pregunta del tipo: «¿Las habilidades de Tiger Woods son materiales o inmateriales?» suena, cuando menos, desconcertante, ya que las habilidades trascienden esas extrañas divisiones). La pregunta apropiada es: ¿qué permite a las habilidades y a las disposiciones desarrollarse y quedar bajo el control de las personas? La respuesta —al menos en la versión que aquí se sostiene— de la psicología cultural es que los mediadores constituyen y posibilitan las habilidades y disposiciones de las personas. Es por esta razón que existe una conexión conceptual interna entre personas, mentes, cultura y mediadores.

Anteriormente, he sugerido que existen cuatro tipos de mediadores que son de especial relevancia en este sentido (Brinkmann, 2011b): el cerebro, el cuerpo, las prácticas y las tecnologías. Estos son conjuntos genéricos de mediadores. Sé que puede sonar extraño hablar del cerebro como un mediador de la vida mental, pero lo que eso quiere decir es simple: podemos concebir al cerebro como una herramienta que media en las actividades de los seres humanos. Usamos nuestros cerebros cuando llevamos a cabo las actividades culturales que constituyen la vida (Harré y Moghaddam, 2012), y cuando el cerebro no funciona como debería, digamos, por ejemplo, si alguien comienza a sufrir de demencia, entonces es posible, en algunas ocasiones, usar dispositivos auxiliares como Post-its donde se escriben los nombres de las cosas en caso de que la persona no pueda recordarlos usando solamente el cerebro. Este es un ejemplo de cómo podemos usar la tecnología (que en un sentido amplio abarca los Post-its) para cumplir una función psicológica. Del mismo modo, nuestros cuerpos y las prácticas sociales en que participamos median la manera en que desempeñamos las actividades de la vida psicológica. Volveré sobre esta cuestión más tarde (en el capítulo 7), cuando haga un intento de formular una comprensión desde la psicología cultural de los trastornos mentales, que se fundamente en la idea de que el «trastorno» puede tener diversos orígenes en el cerebro, el cuerpo, las prácticas culturales y la cultura material, y que identifique los importantes roles que nuestros designios conceptuales tienen en este proceso (por ejemplo, a través de los diagnósticos).

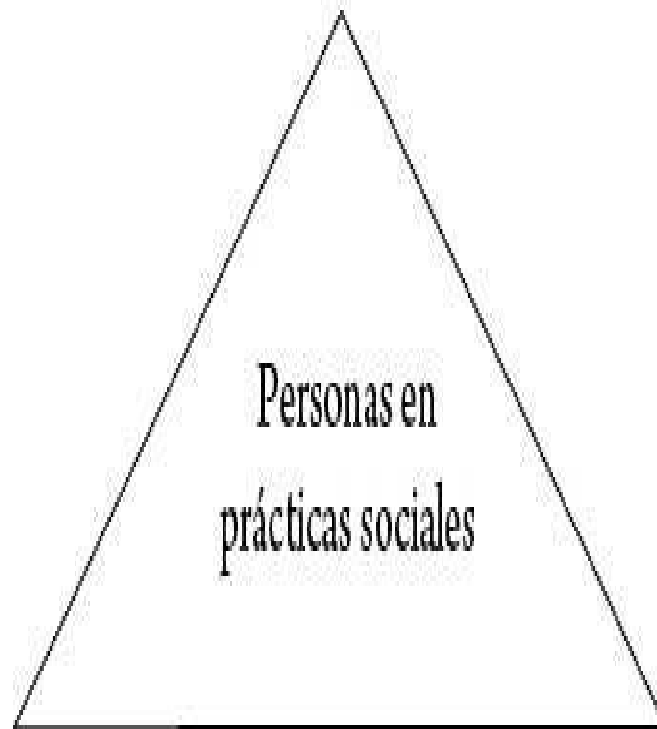
Tres aspectos de la vida sociocultural

El complejo total de personas corpóreas que actúan en un mundo socio-material (quienes pueden experimentar problemas que pueden ser diagnosticados) ha sido estudiado desde diversas perspectivas por distintos psicólogos culturales. No es de sorprender que los investigadores académicos hayan creído necesario depurar algunas perspectivas y restado importancia a otras, considerando la complejidad del fenómeno que nos concierne. Existen, por lo menos, tres enfoques relevantes para este libro. Están representados en el esquema 1.1 que se muestra a continuación:

Culturas como artefactos de mediación

Michael Cole

Aspecto orientado al objeto



Culturas como mundos

intencionales

Richard Shweder

Aspecto fenomenológico

Culturas como procesos de mediación semiótica

Jaan Valsiner

Aspecto semiótico-discursivo

Esquema 1.1 Tres aspectos de la vida sociocultural

En el centro tenemos aquello que la mayoría de los psicólogos culturales quieren estudiar: personas activas involucradas en una práctica social. No estudiamos cerebros o aparatos procesadores de información, sino personas que viven, sufren, actúan, sienten y piensan. Sin embargo, las personas solo pueden —o nosotros solo podemos— participar en prácticas sociales. Celebrar la Navidad solo es celebrar la Navidad porque hay prácticas sociales relativas a este evento y sus historias. Si las prácticas desarrolladas históricamente en torno a la Navidad no existieran, bailar alrededor del árbol no sería más que un conjunto de movimientos sin sentido. No obstante, las prácticas sociales no son estáticas, sino que constantemente y de forma creativa se renuevan y se reestructuran. Alrededor del centro están tres escuelas, o tradiciones, de la psicología cultural que comparten muchas de sus premisas, pero que difieren ligeramente en algunos énfasis y se enfocan en las personas desde perspectivas diferentes. Está la línea de pensamiento representada por Richard Shweder (1990), quien opina que la psicología cultural estudia lo que él llama «mundos intencionales», que son entornos socioculturales conformados por las representaciones e interpretaciones que los humanos le dirigen. Los mundos intencionales pueden ser estudiados provechosamente mediante un enfoque fenomenológico; en otras palabras, un enfoque orientado al mundo experimentado por los seres humanos, en cómo perciben el mundo y cómo actúan en él antes de elaborar teorías explícitas (por ejemplo, teorías científicas) al respecto. En lo que concierne a las culturas del diagnóstico, los aspectos fenomenológicos se relacionan con cómo las personas experimentan el proceso de ser diagnosticadas y cómo los diagnósticos aparecen en sus experiencias vividas.

Después, tenemos la línea representada por Michael Cole (2003), cuya psicología cultural es una especie de teoría de la actividad o teoría cultural histórica. Partiendo de una perspectiva marxista, la idea clave aquí es que la actividad humana está mediada por diversos artefactos materiales. Nuestra relación con el mundo material y social está mediada por todo: desde palas hasta ordenadores. En lo que concierne a las culturas del diagnóstico, estos en sí mismos pueden considerarse objetos epistémicos (véase el capítulo siguiente)

que obtienen una especie de estatus objetivo cuando inciden en el mundo, y los aspectos orientados a la objetividad también se hacen evidentes cuando analizamos la manera en que estas culturas del diagnóstico están conformadas por muchas «cosas» y tecnologías, desde pruebas estandarizadas y bases de datos hasta pastillas y clínicas. Existe todo un mundo material que media el surgimiento de las culturas del diagnóstico o, podríamos decir que estas culturas son «ensambladas» por una variedad de mediadores materiales (Latour, 2005).

Por último, tenemos la línea representada por Jaan Valsiner (2014), una línea de psicología cultural que, aunque no niega la importancia de los mundos intencionales o la mediación a través de artefactos, enfoca su atención analítica específicamente en la mediación semiótica. La cultura psicológica de Valsiner es una versión de la psicología semiótica, lo cual quiere decir que estudia cómo los seres humanos usamos, en comunidad, los signos, los símbolos, el lenguaje, etc., como mediadores en nuestras vidas y como mediadores de la vida misma. Este concepto de cultura se refiere a la mediación semiótica que es parte del sistema de funciones psicológicas organizadas. Desde esta perspectiva, las personas pertenecen necesariamente a la cultura y, sin embargo, la cultura necesariamente pertenece a las personas. En lo que respecta a las culturas del diagnóstico, es muy evidente que los diagnósticos psiquiátricos tienen un rol de gran importancia como mediadores semióticos utilizados tanto por individuos como por grupos para regular una gran cantidad de procesos en la sociedad moderna.

Estas tres líneas se aproximan a la psicología cultural desde distintos ángulos, pero en lo que concierne a este libro, sus enfoques no son mutuamente excluyentes; al contrario: juntos ofrecen una vista más completa. Las culturas del diagnóstico contemporáneas tienen una faceta de experiencia ya que están pobladas por seres humanos que viven y sienten, y que muchas veces entienden sus problemas a la luz de categorías diagnósticas que les son ofrecidas por autoridades médicas y psicológicas. También tienen una faceta de objeto debido a los muchos mediadores materiales que están en juego, y sin duda tienen una faceta semiótica que, en otras tradiciones, se estudian como discursos (Gee, 2005) o representaciones sociales (Schmitz, Filippone y Edelman, 2003). Cada una es una faceta de un todo cultural, y cada una está influida por las otras de modo que imposibilitan hacer predicciones hasta que se mire de cerca al mundo empírico. Los diagnósticos tienen una historia cultural (como objetos) y ejercen una influencia sobre la manera que tienen las personas de experimentar sus vidas (fenomenología) y las formas en que reflexionan y hablan sobre sus problemas (semiosis). Como veremos en el capítulo 3, todas estas son características de las

prácticas sociales, las cuales a su vez son el núcleo de la vida cultural: personas actuando en prácticas sociales.

Todos estos aspectos, bajo mi punto de vista, están imbuidos de normatividad, como dije antes, y lo interesante cuando se piensa en relación con los diagnósticos psiquiátricos y los desórdenes mentales, es que la normatividad se vuelve particularmente problemática. ¿Son las personas las que producen el TOC, la depresión, el TDAH, etc. de acuerdo con normas culturales? ¿O estas aflicciones les pasan? Una conclusión importante de este libro (compartida con, por ejemplo, Martin 2007) es que de hecho las personas sí producen sus trastornos a través de los diagnósticos, aunque esto rara vez sucede de una forma explícita y voluntaria. La gente produce su TDAH, pero también lo tienen, e incluso pueden llegar a pensarse a sí mismos como «soy TDAH». Estas tres dimensiones (que serán exploradas en profundidad en el siguiente capítulo) corresponden, hasta cierto punto, con los aspectos que estudian los psicólogos culturales: el aspecto fenomenológico se refiere sobre todo a la forma en que las personas experimentan sus vidas como afectados por un trastorno. Entonces, un enfoque fenomenológico es útil cuando alguien está interesado en la autodefinición del diagnosticado. El aspecto del objeto tiene que ver con lo que la gente dice que tiene (usando una categoría diagnóstica) cuando tiene un trastorno mental. El diagnóstico en sí mismo puede estudiarse aquí como un objeto en el mundo con una biografía (Daston y Galison, 2007). Finalmente, la gente también actúa, o produce sus trastornos, a través de los diagnósticos, lo que apunta a una faceta discursiva o semiótica que pone el acento sobre la naturaleza performativa de la vida mental. Todos los aspectos de la vida sociocultural están afectados hoy en día por las culturas del diagnóstico, o eso es lo que pretendo demostrar y discutir en las siguientes páginas.

Críticas contra la psiquiatría

Antes de seguir con el siguiente capítulo, debo regresar a la discusión en torno a la psiquiatría y los diagnósticos, y resumir las cuatro críticas más importantes que se han esgrimido en contra de las ideas psiquiátricas, muchas de las cuales cobrarán importancia en lo que resta de este libro (y que, afortunadamente,

Busfield, 2011 las ha estructurado). Al hacer referencia a estas críticas, espero mostrar que la discusión de los diagnósticos influye en ellos, aunque en diversas formas.

(1) La primera dice que la psiquiatría es inhumana y no es efectiva. Esta es la clásica crítica formulada por, entre otros, Erving Goffman (1961) en su famoso estudio de la vida en un hospital psiquiátrico. Mucho ha cambiado en la psiquiatría desde el surgimiento de los movimientos antipsiquiatría en las décadas de los 60 y 70 (representados por Ronald Laing, Thomas Szasz y el propio Goffman), pero esta crítica clásica ha sido reformulada en años recientes, ahora enfocada en los peligros de la psicofarmacología y el uso de la fuerza en los hospitales psiquiátricos. Robert Whitaker (2010) y David Healy (2012), dos voces críticas de renombre internacional, han dicho que los efectos conocidos como iatrogénicos (efectos que producen enfermedades) del uso prolongado de medicamentos psiquiátricos son tan graves que, en muchas ocasiones, pesan más que los potenciales beneficios de tomar esos medicamentos. Actualmente, esta conclusión está sometida a intensos debates, lo cual prueba la duración de la relevancia de este tipo de críticas. Regresaré a esta cuestión más tarde, sobre todo en el capítulo 6, donde introduciré algunas hipótesis sobre las epidemias de trastornos mentales que vivimos hoy, algunas de las cuales están probablemente relacionadas con los efectos dañinos de los medicamentos. Ya que los diagnósticos son la puerta de entrada al tratamiento, esta línea de criticismo los atañe, aunque sea indirectamente.

(2) La segunda crítica importante argumenta que el modelo categórico de la psiquiatría tiene fallas. En contraste con el enfoque dimensional de Freud de los trastornos mentales, en el cual todas las personas se encuentran en algún punto de las dimensiones y los ejes psicopatológicos (es decir, todos nosotros, de una u otra forma, tenemos un poco de cada trastorno mental), las prácticas actuales de la diagnosis están basadas en la especificidad de las enfermedades, lo cual implica que los desórdenes mentales pueden, en principio, estar claramente delimitados con respecto a los otros, de manera que una persona o los tiene o no. Como hemos dicho antes, cuando se hizo el DSM-5, algunos expertos tenían la esperanza de que se produciría un cambio hacia un modelo dimensional, pero terminó construyéndose sobre el mismo enfoque categórico que usaron como base las ediciones anteriores del manual (Cooper, 2014). Después del modelo freudiano, la teoría dimensional de la personalidad de Hans Eysenck es la que ha tenido mayor impacto (de acuerdo con esta teoría, una personalidad individual puede entenderse posicionándola en las dimensiones de neuroticismo,

psicoticismo, introversión y extroversión). Eysenck criticaba el concepto de trastorno de la psiquiatría por su falta de dimensionalidad. En el siguiente capítulo, volveré a discutir la noción de especificidad de enfermedad y su relación con los diagnósticos.

(3) Un tercer grupo de investigadores, la mayoría de ellos pertenecientes al movimiento antipsiquiatría, han radicalizado la crítica contra el modelo categórico de la psicopatología y defienden que tener un concepto de trastorno mental es ya haber tomado el camino equivocado. Thomas Szasz, el más conocido de entre estos críticos, atacó en 1960 lo que él denominó «el mito de la enfermedad mental» (Szasz, 1961). Su crítica se basa en que el concepto de enfermedad debería pertenecer solo a la medicina somática, ya que lógicamente se refiere solo a lesiones y disfunciones en órganos y otras formas de tejido corporal. Szasz proponía que, en lugar de hablar de enfermedad mental, deberíamos tratar los trastornos mentales como «problemas vitales». De otra forma, simplemente estamos estigmatizando el sufrimiento humano y la anormalidad como patológicos, y así medicalizamos y patologizamos la vida, algo que fue sobre todo evidente en la Unión Soviética, por ejemplo, cuando los disidentes políticos eran tratados como enfermos mentales. La patologización será un tema central a lo largo de este libro.

En parte como reacción a la crítica de la antipsiquiatría, se ha hecho más común hablar de trastorno mental en lugar de enfermedad. No obstante, en principio y dejando de lado la terminología, el reto para los psiquiatras sigue siendo el mismo: identificar qué es lo que está trastornado o enfermo, si no es (como Szasz defendía) la vida misma del individuo. Porque si son solamente las acciones de la persona las que son percibidas como problemáticas (ya sea por la persona o por quienes le rodean), entonces parecería razonable tratar estos como problemas vitales que, consecuentemente, se juzgan en términos morales o legales. Parece que los discursos de la enfermedad o el trastorno presuponen un objeto físico definido con más claridad que puede estar dañado y que necesita el juicio y la intervención médica.

En las últimas décadas, muchos investigadores de las ciencias biomédicas han puesto sus esperanzas en la neurociencia para lograr ligar los trastornos mentales con un objeto dañado, es decir, el cerebro (o partes de él), pero hasta ahora la psiquiatría no ha encontrado ningún marcador biológico válido que pudiera posibilitar un proceso diagnóstico usando un escaneo cerebral (Singh y Rose, 2009). Singh y Rose han demostrado que la idea extendida de que es posible

hacer un diagnóstico de los trastornos psiquiátricos usando cribado genético o un escáner cerebral es errónea, y que la búsqueda de marcadores biológicos que está ocurriendo en varios rincones de las ciencias biomédicas, apunta a un cambio notable en la psiquiatría por el que se pasaría de un enfoque concentrado en identificar las causas del sufrimiento (ya sea en la ontogénesis o en la vida social) a buscar un mapa de la correlación entre lo físico y el sufrimiento experimentado. (Véase también Rose y Abi-Rached, 2013, quienes discuten en profundidad el rol de las neurociencias en este fenómeno). Existen muchas indicaciones de que la búsqueda de simples marcadores biológicos determinantes es inútil, ya que tanto los antecedentes neurológicos como los genéticos de los trastornos mentales son mucho más complejos, heterogéneos y particulares de lo que inicialmente se pensaba. Singh y Rose concluyen entonces que la información provista por los marcadores biológicos no puede, en sí misma, explicar satisfactoriamente la mayor parte de la variedad de los comportamientos observables (Singh y Rose, 2009: 205).

El esfuerzo más exhaustivo para conceptualizar el «objeto psiquiátrico» que podría estar enfermo o trastornado que se ha hecho en los últimos años, es el de Jerome Wakefield (1992). A su teoría de la enfermedad mental se le llama la teoría de la «disfunción dañina» por tener estos dos componentes. Wakefield aduce que, para que podamos hablar de una enfermedad mental, deberíamos identificar primero algo como dañino. Solo puede decirse que una persona está enferma mentalmente si esa persona experimenta un cierto grado de sufrimiento o malestar. Wakefield explica que el primer componente es un componente de valor, ya que, de acuerdo con él, son las normas y valores sociales quienes determinan hasta qué punto algo cuenta como sufrimiento o malestar. Cuánto debería sufrir alguien para que el sufrimiento sea considerado patológico depende de la época y de la cultura. Junto con este componente de valor, dice Wakefield, también hay un componente puramente factual originado por una disfunción. El sufrimiento por sí mismo no quiere decir que uno esté enfermo mentalmente, ya que muchos tipos de problemas y situaciones de la vida pueden causar sufrimiento. Solo si el sufrimiento está relacionado con una disfunción en sus procesos mentales, podría decirse con razón que una persona tiene una enfermedad mental (o un trastorno).

Aquí, Wakefield toma argumentos de la psicología evolutiva, en donde los investigadores hablan de la existencia de «módulos mentales» dependientes de la genética que determinarían el funcionamiento mental. Se postula que los módulos mentales son mecanismos psicobiológicos análogos con los

mecanismos fisiológicos de los órganos corporales. Así como un corazón puede ser disfuncional cuando algún problema le impide operar adecuadamente como una bomba de sangre, así un módulo mental puede ser disfuncional cuando, digamos, provoca miedo constante en una persona sin que haya ningún objeto atemorizante presente. No hay nada patológico en tener miedo si uno es un soldado a punto de atacar al enemigo, pero si un miedo similar se produce en situaciones cotidianas que, objetivamente, no presentan ningún peligro y si la molestia es provocada por módulos mentales defectuosos, entonces estaríamos autorizados para hablar de una enfermedad mental (según Wakefield). Entonces, es el módulo mental el objeto que podría «romperse» y hacerse disfuncional (y así causar una enfermedad mental). En resumidas cuentas, para Wakefield, una disfunción mental es la falla de un mecanismo mental que no puede llevar a cabo la función para la que fue diseñado biológicamente. Volveré a analizar esta teoría en el capítulo 7.

(4) Esto nos remite directamente a la cuarta crítica importante contra la psiquiatría que también es relevante para este libro: que los diagnósticos patologizan. Podría decirse que, como consecuencia de la teoría de los dos componentes de Wakefield, muchos de los diagnósticos de la psiquiatría actual están patologizando al crear implícitamente una división entre los problemas vitales y la psicopatología. Wakefield ha defendido, junto con Allan Horwitz, un sociólogo de la medicina, que los criterios diagnósticos para la depresión (Horwitz y Wakefield, 2007) y la ansiedad (Horwitz y Wakefield, 2012) son demasiado amplios e imposibilitan la distinción necesaria entre tristeza común y depresión clínica, o entre el miedo normal y la ansiedad patológica. Esto se debe principalmente a que el componente de la disfunción no se ha definido en los diagnósticos psiquiátricos. Cuando los psiquiatras formulan un diagnóstico con base en síntomas examinados que se cuentan usando listas de control, se vuelve muy difícil saber si los síntomas son causados por una disfunción mental o por una situación vital determinada. Una tristeza profunda, dicen Wakefield y Horwitz, solo debería ser diagnosticada como depresión si está involucrada una disfunción (y no si, por ejemplo, la persona acaba de divorciarse o ha sufrido una pérdida); sin embargo, la categoría de diagnosis actual no refleja esta diferencia de forma adecuada.

Vista así, la teoría de Wakefield del trastorno mental como una disfunción dañina tiene potencial crítico sin caer en la antipsiquiatría y sin rechazar el concepto de enfermedad mental como tal. Puede servir a los investigadores y médicos del campo de la psiquiatría como una advertencia contra las patologizaciones

ilegítimas de las experiencias y condiciones ordinarias (perjudiciales) que no son disfuncionales (y, por ende, no son expresiones de trastornos mentales). El problema más grave de las patologizaciones es que hay muchas experiencias y condiciones desagradables que pueden estar ligadas a una gama de problemas sociales como la marginalización, la pobreza y la inequidad social, que corren el riesgo de ser interpretadas como psicopatologías individuales cuando se les ve a través del lente del diagnóstico. Sin embargo, cuando la visión común más aceptada de alguna experiencia o problema utiliza la interpretación psiquiátrica (y lo aborda como, digamos, depresión), es obvio que se torne natural actuar como si esto fuera un problema psiquiátrico (y tratarlo con antidepresivos, por ejemplo). Hay que subrayar de nuevo una cuestión básica: el riesgo que corremos al patologizar es el de individualizar los problemas sociales y estrechar las opciones que tenemos para comprender y tratar los problemas de las personas (Brinkmann, 2014a).

Sin embargo, la teoría de Wakefield no carece de fallas, las cuales han sido objeto de diversas críticas (por ejemplo: Bolton, 2008). Quizá su problema central es que no queda claro qué son exactamente los módulos mentales. Su teoría parte de la premisa de que existen módulos mentales que se desarrollaron a lo largo de la historia natural para resolver problemas específicos en la etapa temprana de la evolución humana, y que estos módulos vienen de nacimiento y son relativamente independientes del contexto sociocultural. No obstante, los críticos de Wakefield objetan (con razón, desde mi punto de vista) que esto representa una visión arcaica de la relación entre naturaleza y crianza (en este caso, la relación entre módulos mentales y prácticas sociales) como fuerzas distintas y quizás hasta contradictorias. Ahora, muchos investigadores del campo de la biología (por ejemplo, Sterelny, 2012) y antropólogos (por ejemplo, Ingold, 2011), rechazan la idea de que podemos separar lo que es innato psico-biológicamente de lo que es adquirido socioculturalmente.

Lo más probable es que la psicología humana, incluyendo el sufrimiento de los seres humanos, sea siempre biológica y sociocultural de tal manera que separar por completo ambos componentes sería imposible. Como dicen Lock y Nguyen: «La cultura, la historia, la política y la biología (tanto la medioambiental como la individual) están inextricablemente unidas y sujetas a transformaciones sin fin [...] la vida biológica y la social se constituyen mutuamente» (Lock y Nguyen, 2010: 1). Esta conclusión llevó a los autores a formular el fascinante concepto de «biologías locales», en el que Lock viene trabajando desde hace ya muchos años (Lock, 2001). Ideas recientes como la de la unión entre lo biológico y lo cultural

hacen pensar que la idea de módulos mentales innatos puede ser un mito, o cuando menos demasiado especulativa para servir de fundamento a cualquier teoría del trastorno mental. No seguiré con este debate por ahora (regresaré a ello más adelante en este libro), pero mi opinión es que, aunque la teoría de Wakefield tiene un problema que no se puede ignorar en lo que concierne a su definición positiva del trastorno mental, las críticas que propone contra muchos de los diagnósticos psiquiátricos actuales son valiosas porque arrojan luz sobre la confusión extendida entre fenómenos dolorosos, pero ordinarios de la vida, y trastornos mentales. Creo que podemos aprender mucho de la crítica que Wakefield hace a los efectos patologizantes de algunos diagnósticos sin tener que aceptar su teoría del trastorno mental como tal, de la misma manera en que podemos aprender mucho de los académicos que analizan la distinción entre lo biológico y lo sociocultural en lo tocante a los trastornos mentales.

Hasta aquí se han formulado cuatro críticas diferentes: (1) que la psiquiatría es inhumana, (2) que su modelo categórico es fallido, (3) que la idea misma de la enfermedad mental está equivocada, y (4) que los diagnósticos, o cuando menos algunos de ellos, patologizan. Todas estas críticas constituyen un trasfondo importante para el concepto de trastorno mental y de la relación entre diagnósticos y trastornos, que serán los temas centrales a lo largo de este libro.

1. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales o DSM por sus siglas en inglés.
2. El show era una adaptación británica del programa de la BBC: How mad are you? (Véase Proglor, 2009, para obtener una breve descripción y análisis desde la perspectiva de la ciencia médica). Más información sobre la versión danesa puede encontrarse en:
<http://www.dr.dk/sundhed/Sygdom/Psykiatri/Psykiatri.htm>.
3. En Dinamarca se ha instaurado recientemente una «garantía de diagnóstico», lo cual significa que los pacientes tienen derecho a obtener un diagnóstico dentro del plazo de un mes después de contactar con el sistema médico. En un principio, esta garantía no era aplicable a los diagnósticos psiquiátricos, pero esto se ha modificado de forma que ahora todo tipo de problema de salud tiene el mismo estatus.
4. Nótese el cambio a numerales arábigos que, se prevé, facilitará la creación de más ediciones de los manuales en el futuro, por ejemplo: DSM-5.1, DSM-5.2, etc.
5. http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/
6. Véase: <http://iheu.org/mubarak-bala-is-free/>.
7. Son los procesos que involucran el uso de signos.

2. Los diagnósticos psiquiátricos como objetos epistémicos

Los diagnósticos son clasificaciones de enfermedades, afecciones o trastornos. La palabra proviene del término griego para «distintivo» o «discernimiento». Dia significa literalmente «a través de» y gnosis significa «conocimiento». Por lo tanto, un diagnóstico es algo a través de lo cual podemos obtener conocimiento sobre las enfermedades. Un diagnóstico debería permitirnos distinguir entre muchas condiciones anormales. El término «diagnosis» apareció en inglés en 1681, y el proyecto para desarrollar las clasificaciones de las enfermedades comenzó en el siglo

xviii

, siglo en el que muchas ramas de la ciencia se obsesionaron con categorizar y medir muchas propiedades diversas del mundo (Jutel, 2011: 6). De acuerdo con el historiador de la medicina, Charles Rosenberg, la historia reciente de los diagnósticos médicos está estrechamente relacionada con lo que él llama «especificidad de la enfermedad». Esta expresión se refiere a la idea moderna de que las enfermedades son entidades específicas que tienen una especie de existencia independiente que trasciende la singular forma que tengan de manifestarse en los individuos enfermos (Rosenberg, 2007: 13). La idea de la especificidad de la enfermedad está tan arraigada en la práctica médica actual, y se ha convertido en algo tan natural tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, que es difícil imaginar una alternativa. Sin embargo, de acuerdo con los estudios de Rosenberg, antes las cosas no eran así. La especificidad de la enfermedad es una idea cultural que se formó hacia finales del siglo

xix

y desde entonces ha permitido imaginar las enfermedades como entidades con condiciones diferenciadas en un organismo, las cuales pueden ser definidas y distinguidas con claridad de otras enfermedades, y las cuales son, por lo tanto, idénticas entre sí, con condiciones similares en otros organismos. Por supuesto,

esto incluye la medicina somática, donde enfermedades como el cáncer o la diabetes sirven como ejemplo; no obstante, también se ha vuelto común en la psiquiatría, aunque aquí esta noción es menos sólida, como se verá en el siguiente capítulo.

La idea de la especificidad de la enfermedad se estableció en la psiquiatría a través de la diseminación de las categorías diagnósticas del DSM (el sistema de clasificación de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría) y del CIE (el sistema de la OMS), sobre todo desde mediados del siglo

XX

. Cuando existe una categoría (como TDAH, TOC o TEPT), es fácil asumir que se refiere a una cosa real, que existe en el mundo. La idea de que los diagnósticos señalan casos reales de formas universales de trastornos mentales que existen objetivamente es aceptada de forma absoluta en nuestras culturas del diagnóstico. Sin embargo, como ha señalado con agudeza Frances, «miles de millones de dólares invertidos en investigación no han bastado para encontrar evidencia fehaciente de que ningún trastorno mental sea una entidad distinguible con una causa única» (Frances, 2013:19), al tiempo que Rosenberg demuestra cuán compleja es la relación entre los diagnósticos (categorías) y los trastornos (formas de sufrimiento): «El diagnóstico etiqueta, define y predice, y, al hacer esto, participa en la formación y legitimación de la realidad que discierne» (Rosenberg, 2007:16). La formulación de diagnósticos en la sociedad propicia la naturalización y legitimación de distintas condiciones problemáticas y formas de sufrimiento, ya que estas pasan a estar vinculadas a un sistema de prácticas que manejan estas condiciones. Quienes son críticos de este proceso, lo tildan de «medicación de la anormalidad», lo que quiere decir que diversas rupturas de la normatividad son interpretadas a través de un enfoque médico. Incluso en estos casos (que abundan en la psiquiatría) donde no se ha podido identificar un componente biológico subyacente, como sucede con el TDAH, por poner un ejemplo, el diagnóstico puede ayudar a definir un espacio de sufrimiento al establecer un objeto que la persona puede o no «tener»: TDAH, depresión o ansiedad. Discursivamente, esta definición es posible gracias a la formulación de una categoría diagnóstica que «cosifica» el tipo de sufrimiento, lo cual puede ocurrir cuando hay una «entificación» distintiva (Valsiner, 2007), es decir, cuando una persona siente dentro «algo» concreto, que es la cosa a la que se refiere el diagnóstico (véase el capítulo 4). Y también se vuelve posible ser hiperactivo, depresivo o ansioso, lo cual se refiere a una dimensión de la

identidad asociada con los diagnósticos. Esta clasificación puede ser pasajera (como en la frase «hoy estoy deprimido») o crónica (como en la frase: «soy Asperger»). Finalmente, también se puede hacer algo de forma hiperactiva, depresiva o ansiosa, lo cual puede referirse a una dimensión adverbial del sufrimiento y a la vida mental en general, que tiene que ver con cómo se hacen las cosas.

A lo largo de este capítulo, me basaré en estas tres dimensiones (tener, ser y hacer) que son posibles por las categorías diagnósticas, para defender que los diagnósticos psiquiátricos son objetos de conocimiento. ¿Son los trastornos mentales auténticos objetos preexistentes que uno puede tener o no, independientemente de su categoría diagnóstica? ¿O es acaso posible que los trastornos surjan en el mundo junto con las categorías que los clasifican? ¿Estamos forzados a elegir entre el esencialismo (la idea de que los diagnósticos se refieren a objetos preexistentes y específicos de la enfermedad) y el construccionismo social (la idea de que los diagnósticos construyen enfermedades y trastornos de forma unilateral)? ¿O será posible encontrar una tercera opción? La respuesta que demos a estas preguntas depende en buena medida del concepto que tengamos de los diagnósticos como objetos epistémicos, es decir, como objetos de conocimiento científico y de intervención (Danziger, 2003).

Ya que hemos explorado las tres dimensiones del trastorno mental (tener, ser y hacer) y hemos ilustrado la manera en que estas son influenciadas por las categorías diagnósticas, es momento de introducir las innovadoras ideas de Ian Hacking sobre los tipos humanos y empezar a esbozar los contornos de un nuevo concepto de trastorno psiquiátrico basado en la psicología cultural, que tal vez pueda ayudar a encontrar un equilibrio entre el esencialismo y el construccionismo social. Este tema continuará en los siguientes capítulos del libro. Por último, presentaré una explicación sociológica de cómo algo se transforma en un trastorno psiquiátrico y qué papel pueden desempeñar los diagnósticos en este proceso.

Trastornos mentales de tener, ser y hacer: tres caras de un objeto epistémico

¿Qué permiten los diagnósticos en la vida de las personas diagnosticadas? Mi respuesta es que los diagnósticos posibilitan tener, ser y hacer muchas cosas. Para entender esto, tenemos que entender el concepto de «objeto epistémico». Kurt Danziger, historiador de la psicología, ha creado un análisis de los fenómenos psicológicos como objetos epistémicos (Danziger, 2003), y este tipo de análisis podría extenderse también a la psiquiatría. Los objetos epistémicos son las entidades con las que trabajan los científicos y sobre las cuales tratan de crear conocimiento. En la psiquiatría y la psicología, se usan etiquetas diagnósticas para nombrar a algunos de los objetos epistémicos (depresión, ansiedad, TDAH, etc.). Se puede decir que los objetos epistémicos son discursivos puesto que se conceptualizan lingüísticamente. Este es el caso de Papá Noel, por ejemplo, ya que solo es un objeto de conocimiento porque existe un discurso sobre Papá Noel. Sin embargo, Danziger dice que, en la psicología, los objetos epistémicos también poseen un nivel extradiscursivo o una dimensión material. Con ello quiere decir que estos objetos epistémicos aparecen dentro de las prácticas sociales donde los humanos participan en acciones conjuntas y coordinan distintas formas de conducta utilizando una serie de artefactos tecnológicos y materiales. Las prácticas sociales se desarrollan históricamente y Danziger opina que no existen objetos en la psicología que sean ahistóricos. En este sentido, la psicología difiere de la física, porque los físicos pueden (más o menos) aproximarse al mundo tal y como se lo encuentran (claro que el cómo se lo encuentran depende de un conjunto de prejuicios culturales), mientras que los psicólogos y psiquiatras están creando constantemente nuevos dominios de fenómenos que están constituidos por los procedimientos que los producen.

Esta descripción podrá sonar enigmática, pero Danziger ha llevado a cabo estudios históricos muy concretos de un gran número de objetos epistémicos de la psicología, tales como la inteligencia, el comportamiento, la motivación, la personalidad y las actitudes (Danziger, 1997). En un libro ya clásico en la historia de la psicología, demostró que el tema estudiado por los psicólogos (que es la forma de ser de los humanos) es, en buena medida, un artefacto de los procedimientos experimentales que se emplean en las prácticas de investigación psicológica (Danziger, 1990). Tres condiciones deben cumplirse para que surjan objetos epistémicos en las ciencias de la psique (psicología, psiquiatría, psicoanálisis, psicoterapia, etc.): en primer lugar, debe haber seres humanos interesados en conocer fenómenos humanos tales como las formas del sufrimiento; segundo, debe haber prácticas sociales involucradas, es decir,

formas de acción coordinada que se han desarrollado históricamente, y que están destinadas a resolver diversos problemas; y tercero, debe haber instrumentos que permitan la descripción y medición de los objetos epistémicos, como, por ejemplo, las pruebas diagnósticas, por ejemplo.

A continuación, examinaremos más de cerca el estatus de los diagnósticos como objetos epistémicos. Con el propósito de resaltar aquello que considero un hecho —que estos operan necesariamente como elementos en las prácticas sociales— en el modelo que se presenta abajo, he situado en el centro a la persona que participa en una práctica social. Es importante recordar la cuestión que destacué en el capítulo anterior: que no es ni el cerebro ni el cuerpo los que sufren y son diagnosticados, sino las personas que participan en varias situaciones vitales conceptualizadas como prácticas sociales. Cuando uno tiene un problema (como dificultad para concentrarse o falta de energía) en las prácticas en las que participa, y cuando ese problema se clasifica mediante un diagnóstico (digamos, TDAH o depresión clínica), cobra importancia atender a los tres aspectos del sufrimiento experimentado, aspectos que llamo tener, hacer y ser.

Tener (aspecto de entidad)



Ser (aspecto de identidad)

Hacer (aspecto de acción)

Esquema 2.1 Problemas en las prácticas sociales – los aspectos de tener, ser y hacer

Este es un modelo heurístico cuyo propósito es que pueda usarse en los estudios cualitativos de las vidas de las personas con problemas mentales y que han recibido un diagnóstico. No pretende ser un esquema exhaustivo del tema, sino funcionar como una herramienta para el pensamiento. Comenzar con el «tener» en la punta, refiriéndose al aspecto de entidad, concuerda con la discusión previa en torno a los diagnósticos como objetos epistémicos. Se puede creer que los diagnósticos se refieren a objetos que se pueden o no tener (justo como se puede o no usar un sombrero) y convencionalmente hablamos de personas que «tienen» TDAH y otros desórdenes mentales, pero rara vez nos detenemos a pensar en lo que implica hablar de esta manera. Al hablar de enfermedades somáticas, el aspecto de la entidad es más claro; por ejemplo: se puede o no tener una fractura, un bomba aórtica defectuosa o un tumor maligno. Pero ¿qué significa «tener» un trastorno mental? La respuesta más simple es que se tiene un trastorno mental cuando cumple con los criterios especificados en los manuales de diagnosis imperantes. Aunque, obviamente, esto solo desplaza el problema un poco, porque entonces es necesario saber qué significa «tener» las condiciones especificadas en los manuales. El DSM-5 define un trastorno mental de la siguiente manera:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la

sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (Kilgus y Rea, 2014: 6).⁸

Esta definición ha evolucionado mucho en comparación con las ediciones anteriores del sistema, en parte como respuesta a la crítica de Wakefield que explicamos en el capítulo anterior, y la definición ahora incluye la palabra «disfunción». Pero el problema que persiste es que aquello que se «tiene» cuando sufre un trastorno mental está únicamente identificado con síntomas, o incluso (al menos mientras no se descubran marcadores biológicos) son los síntomas. En lo que toca a las enfermedades somáticas, hay una diferencia razonablemente clara entre síntomas y enfermedad: el dolor y las dificultades para caminar pueden ser síntomas de una fractura en la pierna (pero también de otras cosas); la fatiga y los sudores nocturnos pueden ser síntomas de cáncer (pero también de otras cosas). Es común decir que el «tratamiento sintomático» es inadecuado, ya que no atiende directamente a la enfermedad que está detrás de los síntomas y que los produce. No obstante, en la psiquiatría, generalmente se acepta una identidad entre síntomas y enfermedad. La incapacidad para concentrarse, la hiperactividad y la falta de control de los impulsos no son solo síntomas del TDAH; si son lo suficientemente severos son el TDAH. Esto significa que el TDAH es un objeto epistémico, puesto que, como otras condiciones psiquiátricas, está conformado por síntomas: si se tienen los síntomas, entonces se tiene el trastorno y viceversa.

El siguiente aspecto se refiere a la identidad. Volveré al tema de la «identidad psiquiátrica» en el capítulo 5, así que por ahora me limitaré a señalar que se puede no solamente tener TDAH, sino también que se puede ser TDAH, o cuando menos ser hiperactivo, impulsivo, etc. En danés es común decir: «Soy un TDAH» de la misma forma en que diríamos «soy un futbolista». Cuando empecé a hacer trabajo de campo en un grupo de apoyo para adultos diagnosticados con TDAH⁹, me quedó claro desde el principio que muchos de los miembros se identificaban a sí mismos, y a los demás, a través de la categoría diagnóstica (se discutirá este tema en profundidad en el capítulo 4), aunque es importante mencionar que, si bien una «identidad TDAH» es común en este grupo, no creo que pueda decirse que la totalidad de su subjetividad (sea lo que sea que eso signifique) esté definida por el diagnóstico de TDAH. Por supuesto hay muchas otras categorías importantes al enmarcar la identidad de las personas (como

madre, padre, estudiante, desempleado, divorciado, etc.), pero el diagnóstico sí contribuye a la autocomprensión de las personas como un componente de peso.

Finalmente está el aspecto de la acción, relacionado con la idea de que las personas no solo tienen trastornos mentales y no solo se identifican con ellos, sino que además los trastornos son algo que la gente hace o lleva a cabo de acuerdo con ciertas normas conectadas con categorías específicas como TDAH, depresión o trastornos de personalidad. Esta faceta fácilmente puede prestarse a equívocos, ya que nosotros —o las personas diagnosticadas— no tendemos a experimentar el sufrimiento como algo que hacemos. Sin embargo, investigadoras como Emily Martin, ella misma diagnosticada con trastorno bipolar, y que ha escrito una obra fascinante sobre este diagnóstico en la sociedad estadounidense, enfatizan que existe un elemento performativo de especial relevancia. Martin explica que sus informantes «fueron capaces de interpretar la manía apropiadamente según la situación, y de comentar la condición misma a través de la meta-acción» (Martin, 2007:86). Por ejemplo, sus informantes de los grupos de autoayuda no eran ni víctimas indefensas del trastorno, «ni estaban tan medicados que fueran incapaces de manifestar la manía» (86). Más bien, podían calibrar su manía en relación al grado que consideraban apropiado en los mundos morales locales de los grupos de autoayuda, aunque a veces «rompían las reglas» y se les reprendía por ello. No deja de ser curioso cómo un diagnóstico, por un lado, le quita responsabilidad a la gente (porque se les ve como maniáticos, por ejemplo), pero, por el otro lado, encarna normas que dictan qué comportamientos son apropiados y cuáles no para un determinado tipo de sufrimiento. En buena medida, este hecho presupone que existe la capacidad de tomar responsabilidad por las acciones y la capacidad de autopercepción.

En un estudio danés sobre instituciones psiquiátricas, Agnes Ringer (2013) mostró cómo los pacientes aprenden a interpretar sus condiciones de tal manera que sean percibidas como adecuadas a ojos de los profesionales de la salud, justamente con el fin de recibir un tratamiento. Si actúan de una forma que parezca «demasiado sana», corren el riesgo de ser dados de alta en contra de su voluntad, pero si actúan de una manera que parezca «demasiado enferma», corren el riesgo de ser vistos como farsantes que sencillamente exageran sus síntomas. Probablemente es muy común en el caso de los diagnósticos psiquiátricos que las personas diagnosticadas deban aprender a actuar apropiadamente como trastornados mentales en aquellas formas que requiere la situación y en relación con las prácticas sociales concretas en que participan

(familia, trabajo, contacto con asistentes sociales, grupos de autoayuda, clínicas, etc.). Es necesario aprender cómo interpretar el propio sufrimiento correctamente y en este sentido el diagnóstico ofrece un buen «guion». Con esto, no quiero sugerir que las personas diagnosticadas no sufran —seguramente sufren y es lamentable—; en realidad quiero subrayar que las formas de sufrir que pueden ser idiosincráticas o difusas terminan ajustándose a modelos normativos como aquellos explicitados en los manuales de diagnóstico, lo cual se institucionaliza en grupos de autoayuda, en proyectos psicoeducativos (véase Jensen, 2015) y en muchos otros contextos dentro de nuestras culturas del diagnóstico. La idea de esquematizar estos tres aspectos implica hacer un énfasis en que tanto el trastorno mental como el sufrimiento humano en general pueden incluir los tres, y solo uno de estos aspectos será protagónico dependiendo de la práctica social. Por ejemplo, al participar en el trabajo hecho dentro de una organización de pacientes (como un grupo de autoayuda o un grupo de apoyo) con frecuencia puede ocasionar que el aspecto identitario se haga prevalente. Generalmente se obtiene el acceso a este tipo de grupo justamente porque se identifica con él, y las dinámicas del grupo pueden ayudar a establecer que «aquí todos somos TDAH» (Brinkmann, 2014b). En otros contextos (por ejemplo, en el campo de fútbol), el diagnóstico de TDAH podría no ser muy relevante y pasar desapercibido, o la persona diagnosticada podría incluso tratar de distanciarse de eso. En mi trabajo de campo con adultos diagnosticados con TDAH, he visto que las personas utilizan el diagnóstico con mucha flexibilidad y alternan entre los tres aspectos del trastorno a los que se abre el diagnóstico: en algunos contextos, tienen TDAH, en otros son «personas TDAH» y a veces son conscientes de las maneras en que el TDAH puede desarrollarse correctamente (tanto en relaciones con otros con quienes comparten el diagnóstico como con el sistema de tratamiento; véanse los ejemplos en el capítulo 4).

Es importante tener presente cómo el enfocarse en un solo aspecto e ignorar los otros puede traer consigo distintos riesgos para los diagnosticados. Si los trastornos mentales son solo algo que la gente tiene, el riesgo es el de una cosificación problemática, es decir: tratar el problema o sufrimiento como una «cosa» que se «tiene». Sin embargo, si no se puede identificar científicamente una «cosa» concreta, lo que en la psiquiatría suele ocurrir (más allá de síntomas evidenciados únicamente en el comportamiento), las personas diagnosticadas corren el riesgo de ser tratados como quejumbrosos o farsantes que simplemente buscan «aprovecharse del sistema» o algo por el estilo. (Este es un problema en particular con aquellos trastornos que se llaman «funcionales» o «somatomorfos», en los cuales los pacientes presentan síntomas corporales, pero

que no existe ninguna manera «objetiva» de corroborarlos). En el caso de los trastornos psiquiátricos como el TDAH, el diagnóstico se formula a partir de los síntomas, donde se utilizan diferentes pruebas como herramientas, pero no está claro (ni para los diagnosticados, ni tampoco para los profesionales e investigadores) si el TDAH se refiere a algo más allá del conjunto de los síntomas. No obstante (como veremos más adelante en el libro), el diagnóstico (en este ejemplo, el TDAH como categoría) a menudo se utiliza para explicar los síntomas experimentados por los pacientes, lo cual, sin embargo, es completamente circular y, por lo tanto, vacío. La razón es que el diagnóstico se formula a partir de los síntomas y, por lo tanto, no es capaz de explicar el mismo conjunto de síntomas (Timimi, 2009). Los síntomas son signos de una enfermedad o de un trastorno, y los diagnósticos son nombres para la enfermedad o el trastorno, entre los cuales puede surgir una relación circular entre signos y nombres por la que estos se remiten mutuamente. Pero no son solo las personas diagnosticadas (como veremos después), sino también los representantes del sistema del tratamiento en general quienes afirman que el diagnóstico de TDAH ofrece una «explicación» para problemas que podrían haber existido siempre en la vida de una persona. Sin embargo, estrictamente hablando, esta afirmación no puede ser verdadera debido a la naturaleza descriptiva y no explicativa de los diagnósticos. Los diagnósticos se limitan a redescibir los síntomas utilizando las distintas categorías psiquiátricas.

Centrarse única y exclusivamente en el aspecto de la identidad —considerar un trastorno mental como algo que uno simplemente es— trae consigo el riesgo de la cronificación. Puede llegar a ser bastante difícil relacionarse con uno mismo como algo distinto a un trastorno mental si la propia identidad se construye en torno a una categoría diagnóstica. ¿Cómo se puede desarrollar una persona a partir del diagnóstico? La psicóloga noruega Arnhild Lauveng relata en su libro *Tomorrow I Was Always a Lion* su vida como esquizofrénica y comienza afirmando que la razón para escribir el libro es que ella es una ex esquizofrénica, lo que suena casi tan imposible como decir «ex paciente de SIDA»: es una situación que apenas existe (Lauveng, 2008). Cuando Lauveng estaba enferma, era una «verdad» aceptada en el sistema psiquiátrico que la esquizofrenia era algo que uno era (identidad) y que era crónica. Aunque los síntomas de la esquizofrenia pueden durar años, es indudable que, si la historia de cronicidad es la única que el paciente escucha de las autoridades en el sistema de tratamiento, eso puede contribuir a fijar la «identidad de la enfermedad». Por fortuna, han pasado muchas cosas desde entonces, pero en lo que respecta a muchos trastornos (entre ellos el TDAH y los trastornos del espectro del autismo), existe

más o menos un consenso científico de que la condición es innata y crónica. Esta idea puede (o no) ser correcta, pero en cualquier caso la cuestión es que otras opciones de identidad pueden volverse imposibles si la identidad relacionada con el diagnóstico llega a ser la dominante.

Si el riesgo de cronificación y de «identidad del paciente» surge cuando el aspecto de la identidad se vuelve dominante, entonces nos encontramos con el problema inverso derivado de un enfoque único en el aspecto performativo. Porque si la enfermedad mental es «solo» algo que la gente hace, entonces puede parecer que tienen la libertad de hacer otra cosa, o de hacer lo que hacen de otro modo, de un modo no patológico. Esta es una respuesta común al aspecto performativo y una de las razones por las que, a menudo, se acusa a los construccionistas sociales, quienes ponen todo el peso sobre este aspecto, de ignorar el hecho de que los pacientes pueden estar atrapados dentro de patrones que escapan de su control y que simplemente no pueden reconstruir. De este modo, se corre el riesgo de restar importancia al sufrimiento humano cuando solo se reconoce el aspecto performativo, lo que puede llevar a poner demasiado peso sobre el paciente y adjudicarle toda la responsabilidad de hacer frente a la situación y a recuperarse.

¿Los diagnósticos psiquiátricos hacen referencia a tipos naturales?

Ahora pasaré de las tres dimensiones de los diagnósticos al tema de los diagnósticos como objetos epistémicos. ¿Estos se refieren a lo que los filósofos llaman «tipos naturales» o son algo más? Para abordar esta cuestión conviene investigar el trabajo de Ian Hacking. (Lo que sigue se basa en Brinkmann, 2005). Preguntar si los diagnósticos señalan tipos naturales es otra forma de preguntar si la idea de especificidad de la enfermedad (discutida por Rosenberg) se aplica a los trastornos psiquiátricos. Si es así, puede decirse que son naturales.

Pero, ¿qué son los tipos naturales? Algunos ejemplos paradigmáticos son los tigres, el agua o el oro. Son «grupos de fenómenos naturales que se parecen intrínsecamente entre sí y, crucialmente, difieren de otros fenómenos» (Danziger,

1999: 80). Uno de los objetivos de las ciencias naturales es descubrir e identificar los tipos naturales, y es una marca distintiva de las ciencias naturales que sean capaces de distinguirlas. Como dijo Karl Marx: «Toda ciencia sería superflua si la forma de manifestación y la esencia de las cosas coincidiesen directamente» (Marx, 1975: 1041). La búsqueda de los tipos naturales es la búsqueda de las esencias subyacentes de las cosas. Los seres humanos ambicionamos el conocimiento y, por tanto, queremos hallar los tipos naturales, porque, si tenemos éxito, tendremos una visión general de las propiedades esenciales comunes de una clase de cosas (por ejemplo, los síntomas psiquiátricos). Tomemos al agua como ejemplo. El agua tiene ciertas propiedades observables: es incolora, insípida, tiene un punto de ebullición y un punto de congelación específicos, etcétera. La propiedad esencial subyacente que nos permite explicar todas estas propiedades «superficiales» es su estructura molecular (H₂O). Podríamos decir que las categorías científicas se refieren a tipos naturales si es concebible que podamos descubrir que aquello a lo que se refieren estos términos tiene, de hecho, propiedades completamente diferentes de las que tradicionalmente hemos imaginado, sin que esto nos obligue a utilizar un término diferente para nombrarlas (Collin, 1990). Por ejemplo: si los humanos desarrollaran un sentido más fino del gusto y descubrieran que el agua no es realmente insípida, aun así, podríamos llamarla agua. La razón es que su esencia subyacente sigue siendo la misma, aunque sus propiedades superficiales parezcan diferentes. El debate sobre los tipos naturales ha sido importante en la filosofía lingüística moderna, ya que ha puesto en tela de juicio opiniones muy extendidas sobre el significado lingüístico. La mayoría de los filósofos (y también los psicólogos cognitivos) han pensado que los significados son entidades mentales de algún tipo. Conocer el significado de la palabra «agua» implicaría, según esta concepción tradicional, estar en un determinado estado psicológico o tener una determinada representación mental. A principio de los años sesenta, los filósofos Saul Kripke y Hilary Putnam pusieron en tela de juicio este punto de vista. Putnam, en quien me centro aquí, afirmó: «Corten el pastel como quieran, ¡los “significados” no están en la cabeza!» (Putnam, 1973:704). Putnam defendía una explicación externa del significado, basándose en que el significado de términos como «agua» no podría ser explicado como un concepto o como una entidad mental de ningún tipo. Por el contrario, su significado debería entenderse como rígidamente fijado al tipo natural elegido por el término. El ejemplo ilustrativo, y ahora famoso, de la ciencia ficción que da Putnam es el de la «Tierra Gemela». Putnam nos pide que imaginemos que una expedición de nuestro planeta Tierra encuentra otro planeta distante de nosotros que es precisamente igual al nuestro hasta en el más mínimo detalle. Lo

llaman Tierra Gemela. En este planeta hay un líquido que, en todos los aspectos fenoménicos es justo como nuestra agua. La gente de la Tierra Gemela tiene exactamente las mismas prácticas con ese líquido que nosotros con el que hay en nuestro planeta. La beben, la hierven y la congelan justo como nosotros. Pero cuando la expedición analiza el líquido químicamente, se revela que su estructura molecular no es H₂O sino XYZ. La incógnita es entonces: ¿cómo debería clasificarse este compuesto? Putnam argumentaba que intuitivamente, y con razón, diríamos que el compuesto no es agua, sino algo que en todas las cualidades observables parece agua. La cuestión que ilustra Putnam es que los términos de los tipos naturales (como el «agua») se refieren a tipos naturales («esencias», tales como «H₂O»), así como los nombres propios se refieren a personas específicas, sin la mediación de significados o definiciones representados mentalmente (Haslam, 1998). Estos términos están rígidamente fijados a sus referentes.

Si aceptamos este análisis de los términos de los tipos naturales, la siguiente pregunta que debemos hacernos es si los términos de los diagnósticos, u otros términos usados en la psicología y la psiquiatría, se refieren a los tipos naturales; y aquí la respuesta parece ser que no (Collin, 1990). Tal y como están las cosas, no hay muchos motivos para creer que ninguno de los términos usados en las ciencias humanas y sociales, incluyendo la psiquiatría, se refieren a tipos naturales. ¿Por qué? Permítanme explicarlo invocando un ejemplo. Sería imposible pensar que pudiéramos descubrir que un hospital no es en realidad una institución cuyo propósito es tratar enfermedades, sino algo completamente diferente, como, digamos, un lugar para desarrollar medios para la guerra biológica. Si resulta que un hospital de facto funciona así, no tendremos que concluir que, en realidad, no sabíamos lo que eran los hospitales, sino que esa institución específica no era un hospital. Ni siquiera un desenmascaramiento foucaultiano del surgimiento y auge de las instituciones de tratamiento en la modernidad podría cambiar esto. Si algún foucaultiano radical pudiera demostrar que en realidad todos los hospitales han estado trabajando con el único fin de oprimir a la gente en lugar de curarla, la conclusión correcta sería que los hospitales de verdad nunca existieron y que en su lugar hubo solo otras instituciones que se autodenominaban como «hospitales», pero con lógicas diferentes, «no hospitalarias».

Por poner un ejemplo más cercano a nuestro tema de las culturas del diagnóstico: parece poco probable que, incluso si lográramos relacionar un día la depresión con una disfunción neuronal específica, pudiéramos decir que hemos

descubierto un tipo natural (la esencia de la depresión). Y sería poco probable porque, volviendo al ejemplo de la Tierra Gemela, si resulta que las personas deprimidas en la Tierra Gemela, personas con anhedonia y todas las demás expresiones fenoménicas de la depresión, tienen una constitución neuronal totalmente distinta a la de la gente en la Tierra, aun así, no abandonaríamos nuestra clasificación de estas personas como deprimidas. Todavía se les describiría como «deprimidas» y con razón, incluso cuando su estructura neuronal correspondiera a la estructura neuronal de las personas alegres y despreocupadas en la Tierra. A diferencia de lo que ocurre con el agua, la depresión no tiene un tipo natural, una esencia subyacente que fije el concepto de «depresión». Más bien, su significado está ligado a las propiedades «superficiales» y observables del comportamiento deprimido y su importancia en el mundo de la vida humana. En este sentido, es imposible separar las propiedades fenoménicas «superficiales» de unas supuestas propiedades «esenciales» subyacentes cuando hablamos de diagnósticos y otros conceptos humanos. Parece ser que este es su destino como objetos epistémicos. El problema es, por decirlo de algún modo, que los problemas mentales de los seres humanos se identifican con, y están constituidos por, «sus síntomas», ya que estos son visibles fenoménicamente, y no por nada detrás de ellos. En las ciencias de la psique, los conceptos no pueden referirse a una esencia que está oculta por completo porque, como ha defendido Anthony Giddens en su explicación de los conceptos de las ciencias sociales en general, estos son conceptos sobre conceptos (Giddens, 1976). Es decir, son conceptos que de alguna forma deben coincidir con los conceptos de los participantes. (Este mismo argumento lo formuló de forma contundente Peter Winch, 1963). Comprender los fenómenos que abordan la psicología, la psiquiatría y las ciencias sociales siempre implica comprender desde el interior de las prácticas y culturas investigadas.

Así pues, las categorías diagnósticas tienen que relacionarse con los fenómenos del mundo de la vida y con las «psicologías populares». Sin embargo, si las categorías psiquiátricas y psicológicas no se refieren a esencias ocultas ni a tipos naturales, ¿a qué se refieren entonces? En este sentido, es famosa la idea de Hacking de que se refieren a tipos humanos. (Desde entonces, Hacking ha hecho cambios en su terminología y ahora los llama «tipos interactivos», pero yo me adheriré a su formulación original). ¿Qué son? Para empezar, podemos esbozar tres formas en que los tipos humanos se distinguen de los tipos naturales:

Tipos naturales:

- **Inteligibles fuera de los contextos discursivos**
- **Indiferentes a sus descripciones**
- **Las categorías y los tipos son independientes**

Tipos humanos:

- Inteligibles solo dentro de un contexto discursivo
- Interactúan con las descripciones que se les aplican
- Las categorías y los tipos surgen juntos

Hacking afirma que «la principal diferencia entre los tipos naturales y los humanos es que los tipos humanos solo suelen tener sentido en un contexto social determinado» (Hacking, 1995b, 362). Alguien solo puede ser un capitán o un samurái, por ejemplo, en entornos sociales específicos donde se dispone de ciertos discursos y descripciones. Alguien solo puede ser rey en un mundo donde la institución de la monarquía existe (el agua, por su lado, ya era H₂O antes de la invención de la química). Los tipos humanos indican «tipos de personas, su comportamiento, su condición, tipos de acciones, tipos de temperamentos y tendencias, tipos de emoción y tipos de experiencia» (351-352). Como se ha dicho antes, Hacking ha analizado con diferentes grados de minuciosidad «el trastorno de personalidad múltiple» (Hacking, 1995a), los «estados de fuga» (Hacking, 1998), la «homosexualidad» (Hacking, 1986), el «suicidio», el «embarazo adolescente», la «adolescencia», el «abuso infantil», el «autismo» y la «hispanidad» (Hacking, 1995b) como ejemplos concretos de tipos humanos.

Una característica importante de los tipos humanos es que pueden tener efectos sobre sí mismos (Martin y Sugarman, 2001). Se ven influidos por sus clasificaciones e interactúan con ellas, y en ocasiones influyen en las propias

clasificaciones. Los tipos humanos pueden incluso intentar cambiar el modo en que se les clasifica (por ejemplo, cuando los homosexuales se oponían a ser categorizados como afectados por una patología por medio de diagnósticos). Este es el efecto bucle de los tipos humanos: «Las personas clasificadas de una forma tienden a ajustarse o a moldearse conforme a la descripción que se les da; pero también evolucionan por su cuenta, de modo que las clasificaciones y descripciones deben ser actualizadas constantemente» (Hacking, 1995a, 21). Pero, además de esto, «inventar o moldear un nuevo tipo, una nueva clasificación, de personas o de comportamientos, puede crear nuevas formas de ser una persona, nuevas elecciones que hacer, para bien o para mal. Hay nuevas descripciones y, por lo tanto, nuevas acciones bajo una descripción» (239).

¿Cómo es que los nuevos tipos de descripción, como aquellos producidos por psiquiatras y psicólogos —Hacking (1995b) llama a Freud «el rey de los bucles»— crean nuevas formas de actuar? La razón es que debido a que las acciones humanas son intencionales, estas son acciones bajo una descripción (Hacking, 1995a, 234). Solo podemos decir que las personas actúan intencionalmente si son capaces de proporcionar una descripción de su acción que la dote de sentido al ubicarla en un contexto discursivo. Solo puedo tener la intención de votar por un candidato en una elección democrática si puedo describir el comportamiento físico comúnmente asociado con votar (ir al lugar de votación y marcar mi decisión en un trozo de papel) como el acto de votar. No se puede actuar intencionalmente bajo una descripción a menos que esta esté disponible en el discurso. Como dice Hacking:

Cuando se dispone de nuevas descripciones, cuando estas entran en circulación o incluso cuando se vuelven el tipo de cosa que está bien decir y pensar, entonces hay cosas nuevas que uno puede elegir hacer. Cuando se abren nuevas intenciones para mí porque esas nuevas descripciones y esos nuevos conceptos se han vuelto asequibles, empiezo a vivir en un mundo de nuevas oportunidades (Hacking, 1995a, 236).

Hacking deja muy claro que esto no equivale a ningún construccionismo social facilón, y aquí es donde él intenta —como intentaré yo en este libro— abrir una nueva vía entre el esencialismo y el construccionismo. Hacking se denomina a sí

mismo como realista (Hacking, 1986). Los tipos humanos son, de hecho, muy reales, y aunque en ocasiones contribuyamos al hábito de potencialmente inventar nuevos tipos de persona cuando inventamos nuevas clasificaciones y nuevos «campos de descripción» (Hacking, 1995b), esto no hace que los tipos sean menos reales. Efectivamente existen personas que han sufrido de trastorno de personalidad múltiple, que es la condición que Hacking ha descrito y analizado más a fondo. Estas personas (y las comunidades donde viven) no estaban fingiendo, aunque hubiera sido imposible que actuaran de ese modo, y eo ipso sufrido de esta condición antes de que el «campo de descripción» asociado a ella estuviera disponible a partir de finales del siglo

xix

, o, siendo precisos, a partir de la tarde del 27 de julio de 1885, cuando el estudiante de Charcot, Jules Voisin, describiera al primer paciente con TPM, Louis Vivet (Hacking, 1995a: 171). En cambio, es razonable asumir que las personas podían padecer tuberculosis antes de que se le diera nombre a la enfermedad (aunque posiblemente desconocieran la causa de su malestar). En este caso hay un tipo natural relevante que es la causa de la enfermedad y el cual no depende del contexto discursivo, o, en otras palabras, de cómo es descrito y clasificado. Dicho de otro modo, en el caso de la tuberculosis, existe una distinción clara entre enfermedad y síntomas, mientras que este no es el caso con respecto a los problemas psiquiátricos.

No obstante, es importante recordar que para Hacking los tipos humanos son tan reales como los tipos naturales. En este sentido, no existe una diferencia ontológica entre ellos. Los tipos humanos no pertenecen a un mundo diferente «no natural». En cierto sentido, son tan naturales como los tipos naturales, pero son naturales de otro modo, quizá de un modo más próximo a lo que Hegel y los hegelianos modernos llaman «segunda naturaleza» (Hegel, 1821: 35; McDowell, 1994), es decir, la naturaleza expresada en y a través de las prácticas sociales (a través de procesos de mediación semiótica, por ejemplo, como enfatizo en este libro). Vistos como segunda naturaleza, los tipos humanos no son menos naturales que los tipos naturales (entidades de primera naturaleza), ni es necesariamente más fácil cambiarlos. Si nuestra categoría «rinoceronte blanco» se refiere a un tipo natural, entonces podemos eliminar todas las instancias de este tipo natural de forma muy fácil (con demasiada facilidad, desafortunadamente). Tristemente, no podemos eliminar la depresión de la misma forma, aun cuando la depresión es un término de tipo humano.

Asimismo, el hecho de que la depresión no sea un tipo natural no hace que la condición sea menos grave para quienes la padecen. La distinción entre tipos naturales y humanos no nos dice nada sobre su «persistencia» ontológica o sobre la «gravedad» de su existencia.

En relación a esta cuestión debo aclarar que no todo el mundo está de acuerdo con que los diagnósticos son incapaces de señalar tipos naturales. La antología de artículos editada por Harold Kincaid y Jacqueline Sullivan da cuenta de muchas perspectivas divergentes en torno a esta discusión, pero basándome en el argumento expuesto antes, estoy de acuerdo con aquellos que, como Haslam, sostienen que es muy improbable que descubramos tipos naturales en la psiquiatría, tanto por razones conceptuales como empíricas (Haslam, 2014). Haslam hace una observación interesante que nos da una razón pragmática adicional para sospechar del discurso de los tipos naturales en la psiquiatría: basándose en un conjunto de estudios sobre las actitudes que las personas corrientes tienen con respecto a los trastornos mentales, dice que no solo la idea psiquiátrica popular del trastorno mental es una variante de la teoría esencialista de los tipos naturales (la gente suele creer que los trastornos mentales son enfermedades distinguibles dentro de las personas; véase la noción de especificidad de la enfermedad), sino que, a la vez, esta idea es muy dañina porque agrava la estigmatización. De forma intuitiva se podría creer lo opuesto: que comprender los trastornos mentales como enfermedades iguales a las demás reduciría el estigma al reducir la culpa moral y aumentar la empatía. No obstante los resultados apuntan a que la idea esencialista de los tipos naturales del trastorno mental fomenta el estigma porque, como dice Haslam, «retrata a los enfermos como categóricamente anormales, inmutablemente afligidos y esencialmente diferentes» (25). Si esto es cierto (y ya se han llevado a cabo muchos estudios que respaldan esta conclusión) nos da una razón pragmática, e incluso ética, adicional para no dar por sentado que los diagnósticos psiquiátricos se refieren a tipos naturales.

Crear trastornos como tipos humanos

Si los diagnósticos psiquiátricos se refieren a tipos humanos como sus objetos

epistémicos, ¿cómo surgen estos en el mundo? Esta será la última cuestión abordada en este capítulo.

Los tres aspectos que destacué antes (tener, ser y hacer) conciernen tanto a los diagnósticos como a los trastornos (o enfermedades): son aspectos de la experiencia de ser diagnosticado y, por ende, implican una categoría psiquiátrica, pero también son aspectos de lo que significa padecer estos trastornos o enfermedades. Y, como he intentado demostrar con la discusión sobre los tipos humanos y sus efectos bucle, la relación entre diagnósticos y trastornos es sumamente compleja y dinámica. Ahora abordaré esta relación directamente y me concentraré en los procesos que permiten que algo emerja como un trastorno psiquiátrico, no en las vidas de los afectados (eso se estudia, por ejemplo, en la disciplina de la psicopatología del desarrollo), sino en los sistemas culturales de las prácticas sociales que han evolucionado históricamente para manejar los problemas de las personas.

En uno de los pocos debates exhaustivos sobre la sociología de los diagnósticos, Annemarie Jutel describió el papel de la sociedad moderna (Jutel, 2011). Una de las funciones de los diagnósticos —tanto para los profesionales de la salud como para los diagnosticados— es transformar ciertos grupos de síntomas, tal vez fortuitos, en una enfermedad organizada. Esto es probablemente lo que está implícito cuando la gente dice sistemáticamente que un diagnóstico ofrece una explicación para el sufrimiento, porque pareciera que las personas comprenden sus problemas mejor una vez que estos han sido «ensamblados» mediante la categoría diagnóstica. Sin embargo, al hablar de que el diagnóstico «ensambla» los síntomas, se sugiere que este opera activamente en la vida de los diagnosticados y no se limita a describir una realidad preexistente de forma neutral. Usando el término clásico de Parsons, el diagnóstico proporciona el acceso al rol del enfermo, y de este modo permite estar enfermo a la vez que puede contribuir a reordenar la identidad del individuo (11). Obtener acceso al rol de enfermo puede implicar un proceso de ruptura biográfica, pero también una reconstrucción de la narrativa a través de los guiones que ofrecen los términos diagnósticos (Jutel y Nettleton, 2011:794).

Jutel hace hincapié en tres condiciones que deben presentarse a escala social para que algo se convierta en un trastorno que pueda caracterizarse dentro de un diagnóstico (Jutel, 2011, 35): (1) Primero, debe haber consenso sobre el estatus indeseable de la condición. En la mayoría de los casos, se determina que algo es indeseable porque produce sufrimiento o impide el funcionamiento normal de la

persona, pero también puede darse el caso de que la condición cree problemas para los demás. Esto puede ocurrir con trastornos de personalidad, por ejemplo, el trastorno de personalidad antisocial, aunque también cuando el diagnóstico se da en los niños (por ejemplo, con el TDAH), donde no suelen ser estos quienes experimentan algo particularmente negativo que requiera un diagnóstico. Con esta primera condición, nos acercamos al primer componente de Wakefield del que se habló antes (es decir, que algo sea dañino).

(2) En segundo lugar, debe existir la capacidad técnica de discernir la condición. En otras palabras, se requieren herramientas y tecnología para hacer que la condición sea visible, algo que Danziger también destacó en su análisis de los objetos epistémicos. No sirve tener una categoría de enfermedad si no hay manera de identificar y reconocer el problema en múltiples casos. Debido a la falta de marcadores biológicos confiables en la psiquiatría, la tecnología dominante hoy en día es la lista de control. Se han desarrollado diversas pruebas que sirven como herramientas para formular un diagnóstico psiquiátrico, lo cual suele darse junto con una examinación detallada basada en la anamnesis. Sin embargo, en las últimas décadas, las pruebas estandarizadas han venido a cumplir un rol cada vez más grande en detrimento del juicio clínico del doctor. (En el capítulo 5, examino más de cerca lo que ocurre cuando las personas empiezan a entenderse a sí mismas con base en las medidas cuantitativas usadas para evaluar sus síntomas). Y no es solo en la psiquiatría donde la capacidad técnica es importante. Jutel menciona a las básculas como una precondition para que tener sobrepeso pasara a ser una condición médica relevante. Los seres humanos siempre han presentado variaciones con respecto a sus cuerpos, pero cuando las básculas se convirtieron en un método común para calcular el peso de las personas, además de la invención del índice de masa corporal (IMC), apareció la tecnología para hacer de la obesidad una categoría médica. La historia del IMC es interesante en sí misma y es emblemática de una transformación general donde los criterios de diagnóstico se extienden para incluir cada vez a más personas. Aunque los estudios indican que la mortalidad es de hecho más baja para las personas con sobrepeso (moderado, un IMC de 30-34.9) que para las personas con un supuesto peso «normal», el límite superior de un peso «saludable» ha bajado de 27,8 kg/m² en 1990 a 24,9 kg/m² (Jutel, 2011, 46).

En ocasiones la capacidad técnica para discernir algo como enfermedad consiste en la disponibilidad misma de un método para tratar la condición. Por ejemplo, existe una creencia extendida sobre el TDAH que afirma que la prueba de que

alguien realmente padece este trastorno es que la medicina para tratar los síntomas (en particular el metilfenidato) funciona de verdad y permite a la persona concentrarse mejor y controlar sus impulsos cuando se le compara con los efectos de la medicina en personas que no tienen este diagnóstico. No obstante, muchos estudios indican que esta idea es un mito y que la medicina tiene más o menos los mismos efectos en cualquier persona (lo cual también explica por qué existe un mercado para el medicamento como «potenciador cognitivo», en relación con los exámenes, por ejemplo). El sociólogo Peter Conrad, quien ha analizado esta medicación de la sociedad, escribe sobre cómo con frecuencia la industria médica ha desarrollado productos para tratar condiciones específicas aun antes de que estas condiciones hayan sido clasificadas como enfermedades o trastornos. Conrad predice que veremos un aumento en el diagnóstico del «trastorno de déficit de memoria» una vez que los científicos generen una droga para mejorar la memoria a través de fármacos (Conrad, 2007 72). Él cita a Gerald Yakatan (CEO de la compañía farmacéutica Avanir) que afirma explícitamente sobre el TDAH y otras condiciones que «antes de que hubiera drogas, estas condiciones no existían» (143).

A menudo, es la propia tecnología de optimización médica la que cambia nuestra percepción de un determinado nivel de funcionamiento y lo convierte en algo patológico.

(3) La tercera condición sociológica citada por Jutel que debe darse para que algo pueda ser tomado en cuenta como un trastorno es que debe haber una voluntad colectiva de asimilarlo al ámbito de las enfermedades en lugar de a los ámbitos de lo moral o lo religioso, por ejemplo (Jutel, 2011, 35). En el capítulo siguiente veremos que existen muchos «lenguajes del sufrimiento» con diversos potenciales para dar sentido al sufrimiento humano, y parece justo concluir que hemos pasado de una situación en la que se disponía de muchos lenguajes similares para conceptualizar y afrontar los problemas de la vida, a otra en la que el lenguaje diagnóstico se ha vuelto en extremo prevalente y en algunos casos incluso hegemónico, acercándose a relegar a la periferia otras formas de descripción del sufrimiento. Una vez más, resulta obvio mencionar el TDAH: no hace mucho los niños revoltosos eran vistos como niños traviosos (fuera esto o no razonable), mientras que ahora decimos que padecen TDAH (Timimi, 2009). Se ha sustituido un lenguaje moral por un lenguaje psiquiátrico. (Nótese que aquí no evalué si se trata de una evolución positiva o negativa; solo constato que dicha evolución ha tenido lugar).

En general, el análisis de este capítulo es neutro con respecto a la cuestión de si es legítimo transformar una afección en un trastorno mediante una categoría diagnóstica. Se trata simplemente de enfatizar que una condición (rara vez) comunica por sí misma que se trata de un trastorno psiquiátrico. En lo que respecta a muchos trastornos psiquiátricos, en particular a los que, como el TDAH han ido en aumento en los últimos años, los investigadores tienden a discrepar. Algunos creen que el trastorno siempre ha existido, pero que nosotros (médicos y otros profesionales de las ciencias de la psique) solo lo hemos descubierto recientemente. Otros creen que la condición puede haber estado siempre ahí, pero nunca como un trastorno como tal, de modo que lo que ha ocurrido es una medicalización y patologización de un fenómeno humano común más que la identificación de una enfermedad. Cuando Jutel argumenta que la cuestión sociológica de que algo no se convierte en un trastorno psiquiátrico a menos que haya (1) personas sufrientes implicadas, (2) una capacidad técnica para discernirlo como trastorno, y (3) una voluntad colectiva de clasificarlo como trastorno, clasificar algo como trastorno en un sentido normativo puede verse concretamente como justo o injusto. Tal vez sea pertinente contar la historia de cómo la esquizofrenia se constituyó como un trastorno sin querer cuestionar este evento como tal (muchos lo verán como un progreso en comparación con las antiguas teorías de la depravación moral y la adoración del diablo), mientras que difícilmente puede ser justo contar la historia de cómo la homosexualidad se constituyó como un trastorno mental sobre la base de los tres factores mencionados aquí sin cuestionar críticamente esta línea de desarrollo (que finalizó en el siglo

xx

, cuando la homosexualidad se eliminó gradualmente de los manuales de diagnóstico).

Ahora, podemos volver a los distintos estudios de Hacking sobre el surgimiento de diversos trastornos psiquiátricos, como el trastorno de personalidad múltiple (Hacking, 1995a) y el estado de fuga (Hacking, 1998), siendo este último lo que él denomina una enfermedad mental transitoria que surgió en el siglo

xix

, se extendió y volvió a desaparecer unos 25 años después (entre los síntomas se incluía viajar de un lugar a otro, a menudo largas distancias, sin poder

controlarse). Hacking muestra en sus análisis cómo surgen nuevas formas de ser humano junto con nuevas formas de descripción (sobre todo diagnósticos) y prácticas sociales concomitantes en las que estas formas de descripción cobran sentido. Para Hacking existe un efecto bucle entre clasificación y clasificado, al menos cuando hablamos de seres humanos sensibles (y no, por ejemplo, de moléculas que también son clasificadas por los químicos), lo que significa que los seres humanos pueden reaccionar al ser clasificados (y, por ejemplo, alinearse con la clasificación o distanciarse de ella), lo que puede llevar a la necesidad de nuevas clasificaciones cuando las antiguas ya no se ajustan a la realidad que estaban destinadas a describir (Hacking, 1995b).

Hacking analiza el surgimiento de los trastornos mentales como un proceso relacionado con «nichos» sociales o ecológicos dentro de los cuales una persona (usando mi terminología) puede tener, ser y hacer un trastorno mental (Hacking, 1998, 13). El trastorno mental tiene así lo que Hacking denomina «ontología histórica» y aparece en un nicho que es al mismo tiempo social, médico y personal y que ofrece un «hogar» estable para ciertos tipos de manifestación de la enfermedad (13). En otras palabras, estos nichos son prácticas socio-materiales dentro de las cuales las tres condiciones de Jutel pueden darse y permitir que algo emerja como un trastorno mental. La tesis central de este libro puede explicarse ahora de forma más concreta: asistimos a la creación de nichos ecológicos en cada vez más rincones de la sociedad, que nos invitan a ver las diferentes formas que adoptan la angustia y la excentricidad como problemas psiquiátricos que pueden diagnosticarse. Esto es, en definitiva, lo que se entiende por culturas del diagnóstico.

Conclusiones

En este capítulo he abordado los diagnósticos psiquiátricos como objetos epistémicos —es decir, objetos de conocimiento— argumentando que la noción actual de especificidad de la enfermedad es una invención bastante reciente en la historia de la medicina. Aunque podría aplicarse razonablemente a muchos rincones de la medicina somática, es generalmente espuria en la psiquiatría. La principal razón es que los diagnósticos psiquiátricos no se refieren (al menos en

la gran mayoría de los casos) a tipos naturales, lo que puede demostrarse por el hecho de que las categorías están ligadas a síntomas superficiales y no a mecanismos subyacentes de la enfermedad. Además, no se han encontrado marcadores biológicos que establezcan una relación clara y fiable entre los síntomas superficiales (sujetos a interpretaciones culturales e históricas) con la patología objetiva subyacente. Esto no significa que los aspectos biológicos, fisiológicos y neurológicos del trastorno mental carezcan de importancia, ni mucho menos, pero sí hacen más complejo el vínculo entre el problema (la patología) y la categoría (el diagnóstico).

Así pues, resulta pertinente discutir las condiciones sociológicas que deben darse para que algún problema aparezca como trastorno psiquiátrico. Siguiendo a Jutel, he articulado tres de ellas: debe haber una voluntad colectiva (por ejemplo, profesional o institucional) de asimilarla a la gama de enfermedades o trastornos. La idea de Hacking de los efectos bucle puede utilizarse para describir algunas de las interacciones entre personas diagnosticadas, las categorías que se les aplican y las condiciones sociológicas y los nichos ecológicos en los que viven sus vidas. Los efectos bucle no se producen de forma exclusivamente bilateral entre las personas diagnosticadas y las clasificaciones desarrolladas científicamente (diagnósticos), ya que, en el esquema de Hacking, los expertos, el conocimiento y las instituciones también son relevantes, puesto que forman una red en la que se crean y moldean las formas de ser humano (y las formas de sufrir) (por utilizar algunos de los términos favoritos de Hacking). Dentro de estas redes de personas que sufren, instituciones, profesionales y estados de bienestar modernos, aparecen formas de tener, ser y hacer trastornos mentales. El siguiente capítulo examina más de cerca algunos de los grupos de discursos (vocabularios o «lenguajes») y prácticas que los seres humanos emplean para articular y dar sentido a su sufrimiento y angustia.

8. N. del T.: La traducción de este fragmento es de la versión castellana del DSM-5, traducida por CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental).

9. Desde el 2013 he llevado a cabo trabajo de campo en un grupo de apoyo para adultos diagnosticados con TDAH en Dinamarca. El grupo se reúne cada mes, y, además de participar en las reuniones regulares, a través de este grupo de apoyo también he reclutado a algunos informantes clave a quienes he entrevistado con mayor profundidad sobre su experiencia viviendo con un diagnóstico de TDAH. Particularmente en los capítulos 4 y 7 de este libro presentaré los hallazgos provenientes de este trabajo de campo.

3. Lenguajes del sufrimiento

Al tratar el tema de los «trastornos sin fronteras», Nikolas Rose sostiene la siguiente idea:

Sin importar el tiempo o el lugar, la infelicidad humana se plasma, moldea, expresa, juzga y trata ineludiblemente en términos de determinados lenguajes de descripción y explicación, formulados por expertos y autoridades, que conducen a estilos y formas de intervención específicos. ¿Qué es, entonces, lo específico de hoy? (Rose, 2006 479).

Al invocar la noción de «lenguajes de descripción y explicación» que dan forma al malestar humano, Rose alude a lo que aquí denominaré «lenguajes del sufrimiento», es decir, los vocabularios que usamos para interpretar, dar sentido y regular nuestras experiencias de angustia y malestar, o el famoso concepto de «problemas vitales» acuñado por Thomas Szasz (Szasz, 1961). En su trabajo reciente, el propio Rose ha señalado el papel de la biomedicina (Rose, 2007) y la neurociencia (Rose y Abi-Rached, 2013) en la configuración de nuestras ideas actuales sobre el trastorno mental y también de nuestra propia imagen de lo que es ser un ser humano. Según Rose, el ser humano se está convirtiendo en un «yo neuroquímico» (Rose, 2003). El influyente análisis de Peter Conrad sobre la medicalización de la sociedad (Conrad, 2007) se está transformando ahora en el análisis de la biomedicalización y la «farmaceuticalización» (Abraham, 2010), haciendo hincapié en las funciones de las grandes farmacéuticas a la hora de definir la salud y la enfermedad de las personas en el siglo

xxi

.

Otra voz importante que ofrece su punto de vista crítico sobre estos acontecimientos dentro de la psiquiatría es la de David Healy, cuyo reciente libro

Pharmageddon no solo analiza críticamente la industria farmacéutica y la emergente hegemonía de la medicina basada en la evidencia (tema al que vuelvo en el capítulo 6), sino que también ofrece algo así como una crítica cultural de las formas en que la experiencia humana del sufrimiento está cambiando en nuestras sociedades, en las que, cada vez más, se apela a los recursos biomédicos cuando se trata de comprender la salud somática y mental:

En otra época transmitíamos a nuestros hijos una cultura encarnada en cuentos de hadas, folclore sobre la salud, mitos nacionales y preceptos religiosos, en la que los riesgos de la vida se situaban en un contexto de significado más amplio. Ahora, una parte cada vez mayor de lo que se transmite se centra en la salud personal por sí misma: cifras sobre los niveles de azúcar y lípidos, ya que cada vez más niños tienen diabetes y otros estados metabólicos peligrosos, o cifras sobre los picos de flujo respiratorio, ya que cada vez más jóvenes tienen asma, o estadísticas sobre algún desequilibrio químico, ya que cada vez más niños reciben tratamiento para el TDAH, la depresión o la ansiedad. No solo una cultura así es bidimensional, sino que cambia la naturaleza de la experiencia humana (Healy, 2012: 176).

Según Healy, los procesos de biomedicalización y farmacéuticalización están reduciendo los fenómenos multidimensionales de la vida a una bidimensionalidad. Hoy en día, los problemas personales (tomando prestado un término de Mills, 1959) se patologizan de forma rutinaria, y los comportamientos que se consideran perturbadores a los ojos de la mayoría se transforman en trastornos mentales (Busfield, 2011: 5). Los críticos, como los citados aquí, sostienen explícita o implícitamente que cada vez nos cegamos más ante ciertas dimensiones de la angustia humana que no pueden concebirse dentro de un marco psiquiátrico y diagnóstico. Pero rara vez se discute cuáles son estas otras dimensiones. ¿A través de qué lenguajes pueden articularse? ¿Y qué ganaríamos —si es que ganamos algo— recuperando algunos de los otros lenguajes (no psiquiátricos) del sufrimiento? Estas son algunas de las preguntas que me propongo abordar en este capítulo, cuyo objetivo es trazar un mapa de los distintos lenguajes del sufrimiento.

Basándome en las dimensiones pragmatista y hermenéutica de la psicología

cultural, explicaré primero con más detalle lo que quiero decir cuando hablo de «lenguaje del sufrimiento». A continuación, ofreceré una caracterización más precisa de la concepción psiquiátrica común del sufrimiento, concentrándome aquí en lo que denomino el «lenguaje diagnóstico» de la psiquiatría, que se ha hecho muy influyente a la hora de definir la angustia humana. Subrayaré desde el principio que no pretendo decir que este lenguaje sea inútil o ilegítimo, sino que es simplemente uno entre una gran variedad de lenguajes que son valiosos para permitirnos comprender diversas dimensiones de la vida humana y sus problemas. En los siguientes apartados presento y explico algunos de estos otros lenguajes, entre ellos el religioso, el existencial, el moral y el político. Obviamente, la lista de lenguajes del sufrimiento que aquí se aborda no es exhaustiva, y las categorías no son monolíticas ni están definidas por límites estrictos. Aun así, espero que quede claro que representan diferentes aspectos de la vida y el sufrimiento humanos que es importante tener en cuenta a la hora de intentar comprender plenamente los problemas a los que se enfrentan las personas. Concluyo debatiendo qué papel deberían desempeñar los distintos lenguajes en contextos teóricos y prácticos en relación con el sufrimiento humano.

Aunque el capítulo desarrolla y trabaja con una noción de «lenguajes» cercana a la noción de «discursos» que se encuentra en diferentes variedades de análisis del discurso, debo aclarar ahora que, a diferencia de los estudios del discurso como tales, este capítulo no se basa en lecturas de materiales empíricos. Hacerlo de ese modo tiene ventajas obvias, además de que han aparecido muchos estudios interesantes de discursos psiquiátricos basados en el análisis del discurso, pero creo que mi enfoque en el presente capítulo, que involucra vocabularios y marcos hermenéuticos más amplios, también es legítimo y se inscribe en una tradición psicológico-social y sociológica de discusión y teorización de la relación entre sociedad y cultura por un lado y categorías de patologías sociales (Keohane y Petersen, 2013) y diagnósticos (Jutel, 2011) por el otro. Volveré sobre esta cuestión en el siguiente apartado, donde discuto el concepto mismo de lenguajes del sufrimiento.

¿Qué es un lenguaje del sufrimiento?

Obviamente, no soy el primero en sugerir que es fructífero desarrollar la noción de «lenguajes del sufrimiento». En psicología cultural, Richard Shweder y sus colaboradores llevan años trabajando para articular y refinar una distinción entre lo que ellos denominan las «tres grandes metanarrativas culturales del sufrimiento» (Shweder, 2008; Shweder, Much, Mahapatra y Park, 1997). Las «tres grandes» son tradiciones que explican el sufrimiento a través de la división entre problemas de salud somáticos y mentales, y ponen de relieve cuán variadas son las conceptualizaciones de (aquello que llamamos) la enfermedad mental y el sufrimiento. Según Shweder, las tres metanarrativas principales son: (1) La narrativa biomédica, según la cual el sufrimiento se explica como resultado de sucesos materiales (como procesos moleculares dañinos para el cuerpo), (2) la narrativa moral, que enmarca el sufrimiento como consecuencia de un incumplimiento del orden moral (como se expresa en la idea budista del karma, por ejemplo), y (3) la narrativa interpersonal que hace referencia a la magia, la brujería o los espíritus como fuerzas impulsoras del sufrimiento experimentado (Shweder, Much, Mahapatra y Park, 1997: 127). La mayoría de los habitantes del hemisferio imaginado de Occidente suscriben hoy alguna versión de (1), pero Shweder ha calculado que solo alrededor del 15 % de las explicaciones del mundo para el sufrimiento pertenecen a esta categoría. La mayoría de las conceptualizaciones del sufrimiento se basan en las metanarrativas morales e interpersonales, por lo que el mundo sigue siendo supersticioso visto a través del prisma de la ciencia occidental. Las metanarrativas (1) y (3) comparten el supuesto de que el sufrimiento es infligido causalmente (ya sea por moléculas o por técnicas mágicas), mientras que la (2) se distingue por enmarcar el sufrimiento como un fenómeno significativo (más que causal), invocando alguna noción de un orden cósmico que puede ser quebrantado o contaminado. (Más adelante volveré sobre esta distinción fundamental).

Aunque la concepción psiquiátrica de los problemas mentales ha adquirido una influencia enorme, basada en una narrativa biomédica, es importante recordar que solía haber mucha más apertura en nuestra cultura hacia la concepción moral en particular, y sus tratamientos asociados. Las primeras formas de tratamiento mental se llamaban tratamiento moral, y se asociaban especialmente con los nombres de Tuke (Inglaterra), Pinel (Francia) y Chiarugi (Italia) en la primera mitad del siglo

xix

(Lilleleht, 2003). El término «moral» significaba entonces algo mucho más

amplio que nuestra comprensión contemporánea de la moralidad (ya que se consideraba que las ciencias humanas y sociales pertenecían a las «ciencias morales»), pero el tratamiento moral se basaba en valores explícitos, e «implicaba la creación y administración de experiencias correctivas dentro de un entorno especializado» (169). Los pioneros del tratamiento psiquiátrico practicaban una especie de cura moral, que implicaba trabajo y terapia ocupacional, estímulo general y una edificación moral gradual del carácter de los pacientes. En resumen, el sufrimiento de las personas se enmarcaba en un discurso moral más que médico. Desde entonces, las formas modernas de psicoterapia han evolucionado en dos direcciones principales, ambas alejándose de la base original fundamentada en valores morales. La primera dirección es la de la asistencia sanitaria médica, en la que se restó importancia a la moralidad a medida que los «pecadores» morales se convertían en «degenerados» psiquiátricos y la moralidad se «medicalizó» a lo largo del siglo

xix

(Rimke y Hunt, 2002). La segunda dirección es la humanista, en la que la psicoterapia se convirtió en una tecnología secular de autorrealización, encarnada más claramente en la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers (Brinkmann, 2008). Esta vía, sin embargo, solo ha desempeñado un papel menor dentro de los entornos psiquiátricos, pero ha tenido un enorme impacto en la cultura occidental en su conjunto. El énfasis que pongo aquí en los lenguajes del sufrimiento se inspira en la noción pragmatista de los vocabularios, formulada con más fuerza por Richard Rorty (1979). Para un pragmatista como Rorty, nuestras formas de entender y actuar en el mundo están mediadas por los recursos lingüísticos de los que disponemos. Los vocabularios —como otras invenciones humanas— son herramientas que no se limitan a copiar el mundo, sino que son útiles (o no) para permitirnos desenvolvernos en él, por utilizar el lema que hizo famoso Rorty. Dentro de la psicología cultural, como hemos visto, este proceso se conceptualiza como mediación semiótica: el uso de signos y símbolos para regular pensamientos, sentimientos y acciones relativos a asuntos importantes (Valsiner, 2007). Afirmar que algo es melancolía existencial, por ejemplo, implica un conjunto de comprensiones y posibilidades de acción, mientras que afirmar que es depresión clínica implica otro conjunto diferente. Para Rorty, en última instancia, no hay una base racional ni formas de medir los valores relativos de los diferentes vocabularios más allá de sus funciones instrumentales; es decir, en qué medida permiten a los seres humanos alcanzar sus objetivos (de felicidad, crecimiento, vida democrática, etc.). Desde la postura

del pragmatista, la pregunta relevante que hay que hacer para interrogar un vocabulario no es «¿es cierto?», sino «¿qué tipo de experiencias y acciones son posibilitadas por el vocabulario?». Esta pregunta debe tenerse presente a lo largo de todo el capítulo.

Lo que Rorty no desarrolló, sin embargo, fue un análisis más específico de cómo las lenguas o los vocabularios se inscriben en las sociedades, las prácticas sociales y las comprensiones personales. Para llevar a cabo un análisis de este tipo, con referencia específica a los lenguajes del sufrimiento, necesitamos, en mi opinión, complementar el interés pragmatista por el funcionamiento de los vocabularios con una perspectiva hermenéutica sobre cómo los lenguajes median y se sedimentan en las autocomprensiones personales y culturales. (La cuestión de cómo el pragmatismo y la hermenéutica pueden complementarse es difícil, pero el lector puede consultar Brinkmann, 2011a). Puede decirse que este es el proyecto de la psicología cultural, el de unir una perspectiva pragmatista de la acción y la actividad con un enfoque hermenéutico de la interpretación y la semiosis.

El influyente filósofo hermenéutico y teórico social Charles Taylor ha distinguido entre tres niveles de comprensión social que podemos aplicar a una comprensión del sufrimiento en este caso: (1) un nivel superior de doctrinas explícitas (sobre la sociedad, el cosmos o el sufrimiento), (2) un nivel medio de lo simbólico (expresado en rituales, obras de arte y símbolos culturales, por ejemplo), y (3) un nivel inferior del habitus (comprensión encarnada) (Taylor, 1999: 167). Estos tres niveles de comprensión están más o menos ordenados a lo largo de un continuo que va de lo implícito a lo explícito. En el nivel superior tenemos, por ejemplo, las metanarrativas explícitas del sufrimiento que Shweder ha estudiado. Estas se hacen explícitas en artículos científicos, manuales de diagnóstico y literatura de autoayuda, por ejemplo. En el nivel medio, tenemos todos los rituales del sufrimiento relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, la curación y una serie de actividades culturales realizadas por grupos de autoayuda y mucho más. Por último, tenemos el nivel encarnado, en el que el sufrimiento se siente y se experimenta, y en el que la experiencia no puede separarse de los vocabularios explícitos y los actos simbólicos asociados a la angustia humana. Juntos, los niveles explícito, simbólico y encarnado constituyen nuestras prácticas culturales del sufrimiento; es decir, cómo hacemos el sufrimiento, lo representamos, lo sentimos y lo llevamos a cabo, pero también cómo lo experimentamos y llegamos a identificarnos con él, como se subraya en el modelo de este libro de las tres dimensiones del sufrimiento (tener, ser y

hacer). Subrayo esto para contrarrestar una interpretación idealista de la noción de «lenguajes del sufrimiento», según la cual esta noción se refiere únicamente al lenguaje explícito. Desde la perspectiva psicológica cultural que aquí se adopta, los lenguajes del sufrimiento actúan en la vida de las personas a través de prácticas sociales, con diversos rituales y símbolos asociados, y se inscriben en el cuerpo humano y sus habitus. No existe una fórmula para explicar cómo ocurre esto, y puede suceder de forma muy diferente en relación con distintos tipos de problemas, pero lo importante, como insiste Taylor, es que aprendamos a replantearnos las relaciones entre «base» y «superestructura», ideas (explícitas) y factores materiales e institucionales (implícitos):

Lo que encontramos en la historia de la humanidad es más bien un abanico de prácticas que son ambas cosas al mismo tiempo, es decir, prácticas materiales desarrolladas por seres humanos en el espacio y el tiempo, a menudo de forma coercitiva, y también modos de comprenderse a sí mismos, autoimágenes (Taylor, 2006: 47).

No podemos separar las ideas (de posesión demoníaca, TDAH y otros problemas) de las bases institucionales y materiales donde surgen e influyen en nuestras comprensiones. Ambas son aspectos diferentes de las prácticas sociales, y las articulaciones lingüísticas de las prácticas (por ejemplo, los lenguajes del sufrimiento) operan necesariamente dentro de un complejo campo de prácticas sociales con aspectos simbólicos encarnados.

Al formular a continuación los distintos lenguajes del sufrimiento —diagnóstico, religioso, existencial, moral y político—, relacionaré brevemente cada uno de estos lenguajes con las prácticas sociales de las que forman parte (con sus aspectos simbólicos y encarnados), y terminaré el capítulo analizando cómo los distintos lenguajes y las prácticas asociadas presentan a las personas posiciones muy diferentes desde las cuales actuar (volviendo así al tema pragmatista de las posibilidades de acción que abren los distintos lenguajes).

El lenguaje diagnóstico

Como atestigua la palabra, un lenguaje diagnóstico es aquél que entiende el sufrimiento en términos de síntomas, tal y como se enumeran en los manuales de diagnóstico vigentes (DSM y CIE). Los manuales contemporáneos se basan en ciertos supuestos clave sobre la enfermedad mental: que existe una frontera entre lo normal y lo enfermo, que hay enfermedades mentales diferenciadas y que la psiquiatría debe centrarse principalmente en los aspectos biológicos de la enfermedad mental (Angel, 2012: 8). Como es bien sabido a partir de diversos estudios sociológicos e históricos (Horwitz, 2002; Kutchins y Kirk, 1997), en torno a 1980 se produjo una revolución en la psiquiatría con la creación del DSM-III, que sustituyó la antigua comprensión etiológica de la enfermedad mental por una comprensión puramente diagnóstica, basada en los síntomas reales presentados durante un periodo de tiempo determinado. Antes del DSM-III, el diagnóstico se formulaba sobre el trasfondo de la biografía del paciente y sus experiencias, acciones y relaciones, y los psiquiatras solían emplear terminología teórica al describir al paciente, normalmente extraída del psicoanálisis. Por desgracia, esta práctica diagnóstica era bastante poco fiable, lo que provocó el cambio al enfoque diagnóstico del DSM-III y posteriores. Ahora, se formula un diagnóstico si el paciente presenta al menos x número de síntomas de una lista determinada en y número de semanas o meses (dependiendo de la categoría diagnóstica específica).

La creciente influencia de los diagnósticos psiquiátricos en la autocomprensión humana está relacionada con una evolución más general de las prácticas médicas. Armstrong (1995) ha trazado la evolución histórica de la medicina desde la medicina de biblioteca (que estaba centrada en el aprendizaje clásico del médico) pasando por la medicina de cabecera (en la que los médicos se ocupaban de los problemas concretos de la enfermedad) y la medicina hospitalaria (con la creación de grandes hospitales a finales del siglo

xviii

) hasta llegar a la actualidad, a lo que Armstrong denomina «medicina de vigilancia» a partir del siglo

xx

y hasta la actualidad. Este último tipo de medicina funciona dirigiéndose a todas las personas mediante revisiones, encuestas, un enfoque en los factores de riesgo y una problematización de lo normal. Ahora la gente se puede autodiagnosticar haciéndose pruebas en revistas, mediante literatura de autoayuda o en internet. O bien, son diagnosticados al participar en algunos de los estudios epidemiológicos a gran escala, que parecen demostrar que, en un año cualquiera, más de un tercio de la población europea podría ser diagnosticada con un trastorno mental o cerebral (Wittchen, Jacobi y Rehm, 2011) (existen cifras de prevalencia similares para E.E. U.U. y muchos otros países).

Para la psiquiatría, toda esta evolución ha supuesto que el lenguaje psiquiátrico y sus categorías diagnósticas hayan cobrado más importancia que nunca para nuestra autocomprensión. Términos que tienen significados específicos dentro de la psiquiatría, como «estrés», «ansiedad», «depresión», y «manía» han pasado a formar parte del vocabulario cotidiano de las personas. Los utilizamos para entender nuestros comportamientos, reacciones y emociones, y los de los demás. Por mencionar solo un ejemplo, un reciente estudio a gran escala realizado en 122 colegios públicos daneses demostró que los profesores creen que, de media, el 24,9 % de sus alumnos tienen problemas de suficiente gravedad como para merecer un diagnóstico psiquiátrico (Nordahl, Sunnevåg, Aasen y Kostøl, 2010). En el caso concreto de los chicos varones, la cifra asciende a un sorprendente 30,8 %. Es probable que los profesores no constituyan una anomalía en ese sentido, pero representan una tendencia a concebir los problemas, la desviación y la excentricidad en términos de diagnóstico. Hay que tener en cuenta que, aunque este capítulo se centre en los lenguajes del sufrimiento, lo significativo no es necesariamente el sufrimiento de la persona que ha recibido el diagnóstico; también puede ser cómo esta persona causa sufrimiento a los demás (compañeros de clase, padres, profesores), aunque el DSM-5 establece que el comportamiento socialmente desviado no es un trastorno mental a menos que sea el resultado de una disfunción individual (lo cual, sin embargo, es extremadamente difícil de establecer, en parte debido a la falta de marcadores biológicos para los trastornos mentales).

Numerosos críticos han abordado la psiquiatrización del sufrimiento y han argumentado que las estimaciones de prevalencia extrema mencionadas anteriormente representan un enorme número de falsos positivos, lo que conduce a una patologización masiva de la normalidad (Wakefield, 2010). Esto puede ocurrir cuando estas estimaciones se convierten en noticias que desencadenan algo parecido al pánico moral entre los políticos, lo que da lugar a nuevos

procesos de cribado e intervención, que conducen a que aún más personas utilicen el lenguaje diagnóstico para entenderse a sí mismas y a sus aflicciones en algo parecido a un círculo vicioso de diagnóstico a nivel cultural. Muchos rasgos y comportamientos que solían ser considerados como problemas humanos normales (tristeza, melancolía, culpa, timidez, etc.) se conceptualizan ahora como trastornos mentales que pueden diagnosticarse y tratarse médica y terapéuticamente.

Otros críticos se centran en el papel de la industria farmacéutica en la comercialización de enfermedades, que obtiene enormes beneficios con la patologización de los problemas humanos (Ebeling, 2011), quizá con algo parecido al «pharmageddon» como resultado (Healy, 2012). Tal patologización corre el riesgo de propiciar la vulnerabilidad en los seres humanos, que pueden llegar a ser menos capaces de tolerar el dolor y la angustia, ya que están constantemente al acecho de los síntomas emergentes (Furedi, 2004). Como argumentó Barsky (1988) hace algunos años, parece existir una «paradoja de la salud», ya que, históricamente, cada vez más personas experimentan cada vez más síntomas y malestar, al tiempo que (y quizás en parte porque) cada vez hay más tratamientos disponibles. Cuando se dispone de nuevos tratamientos y de nuevas categorías diagnósticas, surgen nuevas formas de sufrimiento que pueden ser asumidas por los individuos en el proceso dinámico que Hacking ha denominado «efecto bucle de los tipos humanos» (Hacking, 1995b), refiriéndose a una interacción entre las categorías que designan el hacer y el sufrir humanos, por un lado, y los seres humanos que pueden actuar e interpretar sus vidas a la luz de estas categorías, por otro (véase el capítulo anterior). Esto invita a todo el mundo a verse a sí mismo como víctima o paciente, aunque esta invitación puede resistirse e incluso es atacada por diferentes organizaciones como la Hearing Voices Network, que pretende despatologizar la escucha de voces.

A pesar de las críticas, no debemos olvidar que es necesario indagar en los posibles beneficios que puede reportar el uso del lenguaje diagnóstico para concebir el sufrimiento humano. Hay dos tipos de beneficios principales. Uno está relacionado con el funcionamiento de las modernas sociedades del bienestar, en las que los diagnósticos psiquiátricos son a menudo la llave para acceder a diferentes formas de asistencia, que van desde la educación especial hasta las pensiones. En relación con esto, existe un debate sobre cómo sopesar los beneficios que obtienen los individuos frente a la posible desviación de los recursos de la sanidad pública hacia los problemas menores de salud mental a expensas de los problemas psiquiátricos mayores (Williams, 2009). Algunos

argumentarán que los perdedores son los pacientes psiquiátricos tradicionales (las personas que padecen esquizofrenia, por ejemplo) cuando se utilizan tantos recursos para tratar episodios menores de depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el estrés. La otra categoría de beneficios concebibles se refiere a la capacidad del lenguaje diagnóstico para «externalizar» los problemas de las personas a través de las categorías diagnósticas. La idea de la externalización se ha desarrollado dentro de la terapia narrativa para ayudar a las personas a darse cuenta de que ellas no son el problema, sino que «el problema es el problema», como se suele decir (White, 2007). Un diagnóstico puede proporcionar a las personas un lenguaje que ayude a enmarcar, objetivar y externalizar el problema, de modo que la persona que lo sufre pueda recuperar cierto sentido de agencia personal y ser capaz de afrontar las dificultades. (Volveré sobre esta idea en el próximo capítulo con ejemplos empíricos). Sin embargo, sabemos muy poco sobre cuándo y cómo un proceso de diagnóstico puede conducir a la externalización y a la agencia revigorizada, y cuándo conduce en la dirección opuesta: a la posible formación de la identidad del paciente, fijando a la persona en un papel de enfermo. Hasta ahora, solo podemos decir que a veces, el uso del lenguaje diagnóstico es en sí mismo terapéutico (Wykes y Callard, 2010: 301), posiblemente por su potencial externalizador, pero a veces parece conducir a la pasividad y la vulnerabilidad (Wainwright y Calnan, 2002).

Para resumir el lenguaje del diagnóstico y sus implicaciones para la comprensión cultural del sufrimiento, podemos decir que este lenguaje ha funcionado de forma muy eficaz en el nivel explícito de la comprensión (véanse los tres niveles de Taylor descritos anteriormente), de manera más evidente con los manuales de diagnóstico que funcionan como poderosos tejidos de conexión en y entre un gran número de prácticas sociales, y con los propios diagnósticos que son objetos-frontera centrales para muchas comunidades médicas y científicas en las sociedades modernas (Bowker y Star, 2000). Pero también vemos su impacto en los niveles simbólico y ritual, por ejemplo, en las numerosas pruebas que se realizan de forma ritual para evaluar la salud mental en diversos entornos, y no menos importante en el nivel corporal, donde los seres humanos se han apropiado del lenguaje diagnóstico como una forma de interpretación del propio sufrimiento. Puede que incluso el mismo cuerpo físico se vea afectado por el lenguaje diagnóstico, como sugiere el concepto de «biologías locales» de Margaret Lock, que destaca el modo en que nuestra experiencia corporal, incluida la de la enfermedad y la salud, está mediada por categorías locales de conocimiento (Lock, 2001). Hoy en día interpretamos fácilmente las «mariposas en el estómago» como ansiedad, el cansancio como depresión o la falta de

atención como TDAH, lo que representa una especie de «efecto bucle» encarnado (Hacking, 1995b).

En las secciones siguientes, abordaré brevemente otros cuatro lenguajes que ofrecen comprensiones alternativas del sufrimiento humano, pero que han quedado un tanto relegados por el estatus del lenguaje diagnóstico.

El lenguaje religioso

En su canción *God* de 1970, John Lennon empieza con la famosa frase de que «Dios es un concepto con el que medimos nuestro dolor». Esta idea es tan importante para Lennon que lo repite de forma bastante curiosa («Lo diré otra vez: Dios es un concepto...»). Desde las perspectivas sociológica y psicológica cultural, a la religión se le han atribuido ciertamente muchas funciones, como «pegamento social», opio para el pueblo, y medio de intercambio y de control social (Turner, 1991). Sin embargo, no cabe duda de que la capacidad de la religión para explicar y dar sentido al dolor y al sufrimiento es una de las principales funciones socioculturales de los sistemas de creencias que se articulan a través de los lenguajes religiosos. Las religiones proporcionan una forma de verse a uno mismo dentro de un horizonte de significado más amplio —un logos óntico (Taylor, 1989)— que suele indicar los caminos adecuados (y los prohibidos) para los seres humanos a lo largo de sus vidas. Las religiones pueden proporcionar a las personas los porqués de sus vidas (al modo de Nietzsche: si poseemos un porqué de la vida, podemos soportar casi cualquier cómo), y tradicionalmente dicen a la gente que, aunque su sufrimiento sea doloroso, no es intolerable pues es el resultado de la voluntad de Dios, una etapa temporal en un camino hacia la salvación o algo similar. Según Max Weber, el problema del sufrimiento es la fuerza motriz de toda evolución religiosa (véase Wilkinson, 2005: 2), y se refería a la «soteriología» como la forma en que los seres humanos dan sentido a sus sufrimientos (Rose, 2007: 255), algo parecido a lo que yo abordo en este libro como lenguajes del sufrimiento.

Como hemos visto antes en referencia a los análisis de Shweder, los lenguajes religiosos (que normalmente pertenecerán a su categoría interpersonal, en la que

los espíritus y demonios pueden interferir en los asuntos humanos) siguen estando muy extendidos por todo el mundo y se utilizan para dar sentido al sufrimiento humano. Evidentemente, el lenguaje religioso se hace explícito en escrituras sagradas de distintos tipos y lleva emparejada una gran variedad de prácticas simbólicas y rituales que pueden utilizarse para aliviar los problemas humanos (desde confesiones y exorcismos hasta rituales chamánicos y ceremonias vudú). Para el creyente, el lenguaje religioso del sufrimiento también se hace personal y se encarna como una forma de comprensión en la vida cotidiana, y puede implicar oraciones y otros recursos simbólicos (Zittoun, 2006) que las personas utilizan para regular semióticamente sus pensamientos, sentimientos y acciones.

Evidentemente, un análisis exhaustivo del lenguaje religioso del sufrimiento va más allá del alcance de este capítulo. Baste decir aquí que este lenguaje no ha desaparecido, como tampoco lo ha hecho la religión a pesar de la secularización, sino que se ha convertido en una especie de elección que exige razones personales para ser considerada legítima. Además, como resume Charles Taylor en su obra magna sobre el laicismo «lo que antes era pecado ahora se considera enfermedad» (Taylor, 2007:618). Esta patologización de la condición humana y de sus problemas, que en un principio se consideraban religiosos, se apoya, por un lado, como observa Taylor, en una llamada humanista a la dignidad y a la ilustración, pero que, por otro lado, podría acabar rebajando la dignidad humana. ¿Por qué? Porque podríamos acabar con una comprensión bidimensional del sufrimiento humano, y de la experiencia en general, a la que Søren Kierkegaard denominó de forma célebre como «nivelación», un aplanamiento de las distinciones cualitativas en la vida humana que conduce a dificultades para comprender las diferencias entre lo significativo y lo insignificante. (Esta idea nos lleva a otro lenguaje que, en algunos de sus dialectos, está estrechamente relacionado con el religioso: el existencial).

El lenguaje existencial

Un lenguaje existencial del sufrimiento ve los diversos problemas humanos como partes ineludibles de nuestra existencia. Este lenguaje puede ir unido a una

sensibilidad religiosa, como en el caso de Kierkegaard, o puede ser ateo. En cualquier caso, la cuestión es que fenómenos como la ansiedad ante la muerte o la falta de esperanza no se consideran afecciones patológicas que deben tratarse médica o terapéuticamente, sino rasgos definitorios de la vida humana. La capacidad de experimentar esas emociones y vivencias es precisamente lo que nos hace humanos. Kierkegaard escribió sobre la enfermedad mortal (Kierkegaard, 1849), pero la enfermedad en cuestión no se concebía en términos médicos (algo a tratar con medicamentos, terapia o ejercicio, por ejemplo), sino en términos existenciales, relacionados con los problemas que surgen de la reflexión sobre la mismidad. La enfermedad, es decir, el sentimiento de desesperanza es por tanto lo normal, según Kierkegaard, y no algo que afecta a unas pocas almas desafortunadas. Del mismo modo, el análisis de Kierkegaard en El concepto de la angustia (Kierkegaard, 1844) no aborda un fenómeno psiquiátrico, sino que se refiere a un aspecto de la existencia humana que surge de la finitud y de la confrontación con nuestra propia mortalidad. A los ojos de Kierkegaard, este tipo de angustia tiene literalmente a la nada por objeto, por lo que es, en cierto sentido, la puerta de entrada a la libertad y la autenticidad (porque la nada está relacionada con la posibilidad de actuar, de traer al mundo lo que aún no existe). No es que los seres humanos deban ser constantemente torturados mentalmente por la ansiedad, sino que la comprensión de nuestras profundidades existenciales exige la capacidad de experimentar este tipo de sentimientos.

La ansiedad ante la muerte nos recuerda que la vida es finita y que, por tanto, debemos tomárnosla en serio. (Solo los humanos pueden sentir ansiedad de esta forma sin objeto, mientras que los [otros] animales solo pueden temer objetos específicos). Quizás el debate más significativo de los últimos años sobre la posible patologización de lo existencial se refiere al duelo. El duelo se incluyó en el apéndice del DSM-5, lo cual, argumentan los críticos, representa un ejemplo obvio de cómo el lenguaje diagnóstico puede infiltrarse en una cuestión existencial (Kofod, 2013). Como relata Kofod, las personas en duelo que experimentan una intensa añoranza, tristeza y dolor emocional tras el primer año de su pérdida podrían recibir un diagnóstico denominado «trastorno de adaptación relacionado con el duelo» —en la medida en que estas experiencias son juzgadas por los profesionales como desproporcionadas— o podrían ser diagnosticadas como depresión ya que la denominada exclusión del duelo ha sido ahora eliminada del DSM-5 (en el DSM-IV esto excluía del diagnóstico de depresión a las personas que experimentaban «síntomas depresivos» en los dos meses siguientes a la muerte de un ser querido). Aunque el duelo es un

fenómeno muy doloroso, parece ser un buen ejemplo de un fenómeno humano que es al mismo tiempo profundamente significativo (mantiene una relación emocional con el fallecido), y algo que la mayoría de la gente no eliminaría médicamente si, por ejemplo, existiera una píldora que pudiera eliminar el sentimiento de duelo. «El duelo es amor que se ha quedado sin hogar», como se dice a veces (en danés), de modo que el doloroso fenómeno del duelo parece ser el precio de algo sin lo que no viviríamos, a saber, el amor.

Aparte de los escritos existenciales (sobre todo los de Kierkegaard), hoy en día es difícil encontrar restos de elaboraciones explícitas del enfoque existencial del sufrimiento. Es poco probable que quienes (todavía) suscriben esta forma de entender y conducir el sufrimiento lo comuniquen explícitamente, pero sigue existiendo de forma más implícita en ciertas partes del mundo que hasta ahora se han resistido a la creciente cultura de la terapia (Furedi, 2004). En mi propio país, tengo la impresión de que las comunidades rurales, en particular, todavía encarnan a veces un ethos de estoicismo y aceptación de las dificultades de la vida en mayor medida que los habitantes de las zonas urbanas. Sin embargo, esto es difícil de evaluar y hay que tener cuidado de no idealizar estas cuestiones. Sin embargo, a escala más global, tenemos pruebas de que la patologización occidental de las reacciones de la gente ante sucesos traumáticos, como el tsunami de 2004 en Asia, no encaja bien con las prácticas sociales locales para hacer frente a tales desastres (Watters, 2010). Todavía hay comunidades en las que se acude a amigos, vecinos y ancianos en busca de ayuda y consejo sobre cómo reconstruir la propia vida, las relaciones y la casa cuando uno se enfrenta a una confusión existencial, sin necesidad de recurrir a consejeros, terapeutas o psiquiatras profesionales. Así pues, encontramos en todas las culturas del mundo una variedad de prácticas y rituales locales para hacer frente al sufrimiento existencial, incluido el apoyo emocional, social y material, pero suelen funcionar en gran medida de forma tácita e implícita.

El lenguaje moral

A pesar de que la narrativa moral es una de las tres grandes metanarrativas de Shweder puede parecer extraño incluir el lenguaje moral entre los recursos que

se usan para dar sentido al sufrimiento. En Occidente, nos hemos acostumbrado a pensar en la moral como una parcela muy estrecha de la vida humana que solo tiene que ver con las evaluaciones de las acciones individuales a la luz de los valores morales. Sin embargo, en un sentido más amplio, la moralidad tiene que ver con el deber de la vida como tal: todas las formas en que la normatividad impregna nuestras acciones y sufrimientos (Brinkmann, 2011a). Un vínculo obvio e importante entre moralidad y sufrimiento está representado por emociones morales como la culpa y la vergüenza, que pueden ser extremadamente dolorosas. A través de la culpa, experimentamos haber hecho algo mal, y a través de la vergüenza sentimos la evaluación negativa que la comunidad hace de nuestro yo (aunque solo sea imaginaria). Sin embargo, desde el punto de vista del diagnóstico, estos fenómenos se transforman rápidamente en trastornos psiquiátricos. Si alguien ha actuado de forma inmoral, por ejemplo, ha tenido una aventura extramatrimonial, y posteriormente sufre remordimientos de conciencia, rumia y se preocupa, desarrollará pensamientos intrusivos negativos y, quizás como consecuencia, cambiará sus patrones de sueño y alimentación. Como consecuencia de ello es muy probable que esa persona obtenga puntuaciones extremadamente altas en la mayoría de las pruebas estándar de depresión. Sin embargo, al menos desde una perspectiva de sentido común, la persona en cuestión no tiene un problema psiquiátrico, sino moral. Para poder distinguir uno de otro, parece importante mantener un lenguaje moral del sufrimiento, ya que el mero recuento de síntomas no servirá de nada.

Ejemplos más dramáticos de choques entre lenguajes morales y psiquiátricos pueden encontrarse en la jurisprudencia, en particular cuando se evalúa si alguien es apto para el Estado de derecho, como en los casos en los que se utiliza la defensa por demencia como estrategia (Robinson, 1996). Un famoso caso reciente fue el juicio, en Noruega, de Anders Behring Breivik, el terrorista de extrema derecha que mató a 77 personas en dos atentados en 2011. La primera evaluación psiquiátrica concluyó que era un esquizofrénico paranoide que sufría delirios psicóticos debido a su creencia de que era un caballero de una organización templaria. Una segunda evaluación, sin embargo, declaró que no era psicótico, sino que padecía trastornos antisociales y narcisistas de la personalidad, lo que le hacía apto para ser castigado legalmente¹⁰.

Si pasamos de los ejemplos a la discusión central propiamente, podemos decir que existe una diferencia vital entre las formas en que podemos explicar y comprender las acciones humanas desde el punto de vista psiquiátrico, por un lado, y desde el punto de vista moral, por otro (véase Brinkmann, 2013b). En el

primer caso, solemos invocar una perspectiva causal, mientras que en el segundo se habla de razones. Si preguntamos: «¿Por qué Jack y Jill subieron a la colina?», una explicación en términos de causalidad puede afirmar que lo hicieron porque sus cerebros iniciaron una reacción en el aparato locomotor que hizo que sus piernas se movieran (una explicación fisiológica), porque sus genes querían replicarse en organismos conocidos como descendientes (una explicación sociobiológica), o porque se vieron obligados a subir allí por un demonio interior (una explicación psiquiátrica que invoca un síntoma psicótico, lo que se juzgó por primera vez en el juicio a Breivik). Por muy diferentes que sean (y no tienen por qué descartarse unas a otras), todas son explicaciones de tipo causal que enmarcan la situación en el comportamiento y no en la acción. El comportamiento, en este contexto, designa que algo simplemente sucede como consecuencia de algún mecanismo (en el cerebro, los genes o el cuerpo) que funciona bien o de forma patológica, pero sin invocar significado o normatividad algunos. Sin embargo, también podemos decir que Jack y Jill subieron a la colina porque querían oler las margaritas. En este caso, entendemos el episodio, no como un suceso causal, sino como una acción humana que se basa en una razón y en una intención y expresa un significado (ya que Jack y Jill han oído que la colina está llena de margaritas y desean disfrutar el aroma de estas maravillosas flores). En este caso, concebimos a Jack y Jill como agentes que pueden actuar por una razón y, hasta cierto punto, esbozar la razón que individualiza su acción (dando cuenta así de su acción). Además, podemos responsabilizar a los agentes de lo que han hecho, es decir, alabarlos o culparlos (Robinson, 2002). Es difícil imaginar cómo sería la vida humana si no recurriéramos a un lenguaje de razones, y de elogios y culpas, también en relación con el sufrimiento y la angustia. Parece imposible sostener una comprensión de nosotros mismos o de los demás como agentes sin un lenguaje normativo de razones. Según MacIntyre, solo podemos comprender las acciones de los otros al atribuirles razones (MacIntyre, 1999). Así pues, el lenguaje moral es importante porque se basa en una perspectiva fundamental en los seres humanos como personas, que son los únicos capaces de dar y recibir razones para actuar.

El debate sobre las razones frente a las causas es enorme en filosofía, pero aquí me limitaré a destacar tres aspectos que me parecen importantes para caracterizar el razonamiento moral: (1) que existe una primacía de las razones sobre las causas en las explicaciones de la acción humana, (2) que las razones, a diferencia de las causas, son intransitivas, y (3) que las razones son particularistas. Como Hollis (1977) ha argumentado en relación con el primer punto, parece ser el caso que las razones son generalmente suficientes para

explicar las acciones. Si una persona hace algo y se nos proporciona una razón que explica satisfactoriamente la acción, la búsqueda de explicaciones normalmente se detiene. Solo las acciones irracionales requieren explicaciones causales, es decir, si no podemos encontrar una explicación razonable para el porqué alguien hizo algo. Además, a diferencia de las causas, las razones no son transitivas: si A es la causa de B, y B es la causa de C, entonces A es la causa de C. Sin embargo, este razonamiento no vale para las razones, ya que, si A es la razón de mi acción B, entonces soy responsable de B, pero no soy igualmente responsable «de lo que otros hacen autónomamente a causa de lo que yo puse en marcha» (108). La responsabilidad y otros conceptos morales no son transitivos de un modo tan simple como la causalidad. Por último, las causas-explicaciones funcionan sometiendo las observaciones particulares a una ley general, pero las razones-explicaciones funcionan de otro modo, a saber, explicando «lo particular por lo particular» (108). En general, las personas no actúan porque sus acciones sean instancias de una ley causal general. (Por ejemplo, no amo a mi mujer porque exista una ley general que especifique que los seres humanos del tipo x se sienten atraídos por los seres humanos del tipo y, sino porque ella es adorable). Aun si existiera una ley general, esta no es la razón por la que actuamos como lo hacemos.

Si relacionamos estas consideraciones generales con el tema de la patologización, podemos decir que patologizar una acción a menudo significa suspender nuestras prácticas habituales de razonamiento y reinterpretar la acción a la luz de una explicación causal. Esto puede implicar entender el comportamiento del individuo como un ejemplo de una ley general («esto es lo que suelen hacer los pacientes con TDAH»), o incluso invocar algún mecanismo causal para explicar un suceso determinado («fue el TDAH el que le empujó a hacer...»), en lugar de invocar circunstancias particularistas que dan sentido a la acción. Esta forma de patologización puede ser, aunque no necesariamente, impulsada por fuerzas externas al individuo, pero a veces los propios individuos son participantes activos en procesos de autopatologización (como en el fenómeno recientemente identificado como «adopción del TDAH», cuando individuos no diagnosticados difunden que tienen TDAH; véase Singh, 2011, y el capítulo siguiente).

Utilizando la distinción de Taylor introducida anteriormente, entre los aspectos explícitos, simbólicos y encarnados de la comprensión, en relación con el sufrimiento moral, podemos concluir que, explícitamente, hay pocas representaciones sociales de esta forma de dar sentido al sufrimiento. La

narrativa moral vive, como también ha demostrado la investigación de Shweder, en muchos rincones del mundo, pero la mayoría de las veces en prácticas sociales encarnadas e implícitas para dar razones a la forma en que la gente siente y actúa. Históricamente, sin embargo, el lenguaje moral ha sido mucho más influyente a niveles explícitos, cuando los sufrimientos y excentricidades de las personas se consideraban defectos morales que requerían terapia moral. Pero incluso hoy, sospecho que la mayoría de las personas sienten intuitivamente que es importante mantener un lenguaje moral que nos permita, al menos a veces, responsabilizar a las personas de sus sufrimientos (en relación con actos que exigen culpa o vergüenza, por ejemplo). Dónde trazar la línea entre la comprensión moral y causal de la miseria seguirá siendo probablemente una cuestión crucial en los próximos años, sobre todo por la presión que los diagnósticos psiquiátricos ejercen sobre los sistemas nacionales de salud, dando a las personas acceso a asistencia cuando un diagnóstico reduce su responsabilidad personal (Williams, 2009).

El lenguaje político

La política es un ámbito de nuestra vida social en el que luchamos por y para los derechos, las normas y los bienes. En una democracia, idealmente los procesos políticos se organizan de modo que todos los ciudadanos puedan ser escuchados y puedan influir en las decisiones que se toman. Cuando los ciudadanos experimentan una injusticia social, por ejemplo marginación, privación de derechos, discriminación o violaciones de derechos, es pertinente expresar la desaprobación en un lenguaje político. Tradicionalmente, este lenguaje ha sido colectivo en el sentido de que los argumentos políticos se consideran legítimos en la medida en que se refieren a los derechos e intereses de la ciudadanía en su conjunto (o al menos de grandes grupos como los trabajadores, las mujeres, etc.) y no a individuos concretos. No es un movimiento político legítimo —hablando en sentido normativo— buscar modificar la ley para que yo me beneficie de ella; hay que argumentar que es justo cambiar la ley para que mejoren las condiciones de mi grupo (por ejemplo, los derechos de los profesores universitarios).

En los últimos años, sin embargo, algunos analistas han argumentado que el

lenguaje político se está transformando gradualmente en un lenguaje de diagnóstico. Mary Boyle (2011) ha argumentado que se trata de un proceso para «hacer que el mundo desaparezca», que convierte «la angustia y los comportamientos problemáticos en “síntomas” y “trastornos”» (Boyle, 2011, 28). Como resultado, se corre el grave riesgo de pasar por alto el hecho de que la pobreza, el desempleo, la marginación, etc., son a menudo la causa de (lo que supuestamente es) un «trastorno mental», en lugar de consecuencias del mismo. Ver la vida de las personas a través de una lente diagnóstica despolitiza sus problemas y los convierte en una cuestión de salud y enfermedad personal, que debe tratarse con fármacos o terapia (Smail, 2011). Por poner solo un ejemplo, podríamos mencionar la epidemia de estrés laboral, que ha dado lugar a una oleada de terapeutas, coaches e instructores de mindfulness que actúan sobre empleados e individuos, pero con el riesgo de ignorar las funciones de los entornos socio-materiales en la vida de las personas (Wainwright y Calnan, 2002). Antes, las condiciones laborales perjudiciales eran algo que había que abordar política y colectivamente —principalmente a través de los sindicatos—, pero hoy en día nos enfrentamos progresivamente a respuestas más individualizadoras y patologizadoras. Hermann y Kristensen señalan esta evolución y afirman que, mientras que los trabajadores solían participar en huelgas colectivas para protestar contra unas condiciones de trabajo debilitantes, en el capitalismo individualizado de la modernidad tardía las personas se quedan con la opción de estar enfermo de estrés (Hermann y Kristensen, 2005). Un proceso político se ha vuelto patológico y emocional, lo que podría ser una tendencia más general en una época que Eva Illouz ha denominado «capitalismo emocional» (Illouz, 2007).

La política, por supuesto, es un campo enorme y heterogéneo con muchos niveles de comprensión explícitos (por ejemplo, ideologías), simbólicos (por ejemplo, reuniones y manifestaciones ritualizadas) y encarnados (por ejemplo, sentimientos de injusticia). No hay peligro de que la política como tal desaparezca, pero, si el análisis que aquí se hace es válido, existe el riesgo de que los aspectos del sufrimiento humano que antes se articulaban en un lenguaje político de derechos y deberes, justicia social e injusticia, se aborden cada vez más en términos individualizados y de diagnóstico, cubriendo así los trasfondos sociales del sufrimiento humano.

Lenguajes del sufrimiento y posibilidades de acción

Tras repasar los lenguajes del sufrimiento que he señalado como importantes, abordaré a continuación algunas de las posibilidades de acción que los distintos lenguajes —y sus prácticas sociales asociadas— permiten a las personas. Pero antes sería útil recordar lo variado que es en realidad el panorama del sufrimiento y la angustia.

Al reflexionar en torno al trastorno mental y sus significados personales, Bolton distingue entre tres tipos de angustia humana, de los cuales el tipo que resulta del trastorno mental es solo uno (Bolton, 2010). Además de la angustia patológica, tenemos la angustia relacionada con las transiciones normales de la vida (por ejemplo, en contextos laborales, educativos o familiares) y la angustia relacionada con diversas formas de privación o exclusión social. Del análisis de los lenguajes del sufrimiento que acabamos de hacer se desprende que cada lenguaje es adecuado para articular distintos tipos de sufrimiento. El lenguaje político es el que más claramente se relaciona con la tercera categoría mencionada por Bolton, que pretende tematizar los procesos de poder e (in)justicia social, mientras que el lenguaje moral suele ser pertinente en relación con las transiciones vitales (un divorcio, por ejemplo, puede ser el resultado del comportamiento deshonesto de una de las partes), lo que también puede decirse del lenguaje existencial (pertinente, por ejemplo, en relación con las experiencias de pérdida). Al igual que el lenguaje diagnóstico, el lenguaje religioso puede ser un lenguaje colonizador que pretende dominar la comprensión del sufrimiento, o que ocurre cuando todos los problemas que aquejan a los seres humanos (desde la enfermedad física hasta la pobreza) se interpretan como reacciones de una deidad todopoderosa ante las acciones pecaminosas de los seres humanos. Sin embargo, en una lectura menos «imperialista», puede decirse que el lenguaje religioso, al igual que el lenguaje existencial y moral, se preocupa por dar sentido al sufrimiento situándolo en un marco cósmico, o lo que Taylor ha denominado un logos óntico (Taylor, 1989).

Una forma de tomar el análisis del presente capítulo es emprender una crítica cultural más profunda de las tendencias imperialistas del lenguaje diagnóstico actual, algo que se aborda a lo largo de este libro. Otra forma se refiere a la cuestión normativa de cuándo utilizar cada lenguaje. ¿Cómo sabemos cuándo utilizar un lenguaje determinado en relación con un caso concreto de angustia

humana? ¿Cómo sabemos cuándo, por ejemplo, mi sensación difusa de tristeza y vacío es depresión clínica (lenguaje diagnóstico) y cuándo es mi respuesta humana a la mortalidad y el pecado (lenguaje religioso), una expresión de desesperación existencial (lenguaje existencial), una manifestación de mala conciencia (lenguaje moral) o un signo de estrés que se experimenta al trabajar en un mundo moderno tardío socialmente acelerado (lenguaje político)? Se trata de diferentes lecturas hermenéuticas de los mismos síntomas (psicológicos y físicos) que permiten destacar diferentes aspectos de la propia situación. En el proceso de interpretación también aparecerán diferentes oportunidades para la acción, y los pragmatistas insistirán en que la cuestión no es simplemente decidir cuál de los lenguajes es el correcto (según una teoría de la correspondencia de la verdad), sino discernir cuál de los lenguajes trae consigo consecuencias fructíferas en términos de acciones y experiencias.

Siguiendo con la nota pragmatista, podemos decir que los distintos lenguajes ofrecen a la persona que sufre distintas posiciones como sujeto, es decir, implican distintas formas de posicionamiento. (Véase Harré, Moghaddam, Cairnie, Rothbart y Sabat, 2009, para una exposición reciente de la teoría del posicionamiento). Para simplificar, podemos decir que el lenguaje diagnóstico en algunos casos posicionará a la persona como un paciente, literalmente como un lugar pasivo de disfunciones psiquiátricas (posiblemente arraigadas en el cerebro) que perjudican a la persona. Desde esta perspectiva, una persona no es como tal un agente, sino un lugar en una cadena de procesos causales. Sin embargo, en otros casos, el lenguaje diagnóstico también puede dar lugar a externalizaciones de los problemas de la persona de un modo que realmente la sitúe como agente, es decir, como activa en relación con la confrontación de sus problemas a través del encuadre diagnóstico y todo lo que se deriva de un diagnóstico (por ejemplo, acceso a organizaciones de pacientes, educación psicológica y ejercicios de resolución de problemas en la vida cotidiana). La cuestión es, sin embargo, que los recursos para este tipo de posicionamiento activo a través del lenguaje diagnóstico deben proceder de fuera del propio lenguaje diagnóstico. En sí mismo, el lenguaje diagnóstico es un lenguaje de causas y efectos más que de personas y acciones. Así pues, para posibilitar un posicionamiento activo, el lenguaje diagnóstico debe buscar en particular recursos existenciales y morales, que se especializan en el lenguaje agencial. El argumento aquí es análogo al argumento de Harré de que entender a los demás a través de la persona-gramática, posicionándolos así como personas que realizan actos significativos y pueden explicar las razones para sus acciones, prevalece, y debe prevalecer, sobre las gramáticas (lenguajes o vocabularios) que abordan a

los demás como organismos (O-gramática) o grupos de moléculas (M-gramática) (Harré, 2002). Esto es fundamental para la perspectiva psicológica cultural centrada en la persona que promueve este libro. Los lenguajes reductivos no son inútiles o redundantes por el mero hecho de ser reductivos, ya que son recursos conceptuales importantes que nos permiten abordar características vitales de los seres humanos, pero, y este es un pero importante, son necesariamente parasitarios de una comprensión más fundamental de los demás como personas. (Harré desarrolla esta idea en el llamado «principio de prioridad taxonómica», que afirma que solo podemos abordar algo como un aspecto orgánico o molecular de un proceso psicológico —tal como la depresión— una vez que se ha identificado como un proceso experimentado o realizado por personas). Del mismo modo, el lenguaje diagnóstico es parasitario de aquellos lenguajes que sitúan a los demás como personas activas y entienden el sufrimiento como algo que puede, al menos en principio, ser una respuesta significativa a los acontecimientos del mundo. Parece ser que solo cuando no hay razones al alcance discursivo debemos recurrir a explicaciones causales. Lamentablemente, la forma en que se utiliza el lenguaje diagnóstico a menudo oculta este mismo hecho, dándonos así algo parecido a la visión bidimensional de la vida descrita por Healy al principio de este capítulo.

Así pues, existe el riesgo de no entender que las personas tienen agencia si el lenguaje diagnóstico se convierte en hegemónico en relación con el sufrimiento humano. Sin embargo, también existe el riesgo adverso de posicionar a la persona como agente en relación con asuntos que están completamente fuera del control de esa persona. Esta idea se ha discutido poco en la literatura crítica con la psiquiatría diagnóstica, pero de hecho puede ser perjudicial para el bienestar humano si a una persona se le aborda como agente en relación con cuestiones «no agenciales», es decir, con asuntos que escapan de su control. Así pues, el pragmatismo podría tener un límite en cierto sentido: la fuerza del pragmatismo reside en su idea de que el lenguaje que utilizamos, y los tipos de posicionamiento implicados, pueden conducir al crecimiento humano y al desarrollo hacia una mayor autonomía y una mayor agencia. Pero no cualquier tipo de posicionamiento es sensato, y un posicionamiento agencial excesivamente optimista puede incluso acarrear nuevos problemas a las personas implicadas, ya que corren el riesgo de culparse a sí mismas de sus insuficiencias (siguiendo la lógica de que si soy un agente libre con capacidad de elegir y, sin embargo, sigo sufriendo, entonces debo ser yo el culpable, lo que puede llevar a empeorar el sufrimiento y así sucesivamente en un círculo vicioso de culpabilización de la víctima). Por eso, por decirlo de forma algo esquemática,

debemos complementar el interés pragmático por las posibilidades de acción (que ofrecen los distintos lenguajes inherentes a las prácticas sociales) con un interés hermenéutico por interpretar a la persona y su sufrimiento en su situación vital tal y como se presenta en su «facticidad» (por tomar prestado un término de Heidegger). En relación con esto, también debemos tener en cuenta que la cuestión de los lenguajes, y de cuál utilizar, rara vez es una cuestión de «o lo uno o lo otro». En la práctica, los distintos lenguajes suelen funcionar simultáneamente en la autocomprensión de las personas, y la mayoría de ellas no solo son capaces de tolerarlo, sino que además les es beneficioso. Así, por ejemplo, una persona diagnosticada de TDAH puede invocar un lenguaje en las conversaciones con un psiquiatra, pero usar otros lenguajes cuando se reúne con empresarios, amigos y familiares. A menudo entra en juego un cierto tipo de flexibilidad lingüística, ya que los lenguajes del sufrimiento, incluido el del diagnóstico, no determinan mecánicamente la autocomprensión de las personas.

De ello se desprende al menos una conclusión de enorme importancia para los profesionales de la salud mental: no parece haber forma de externalizar los juicios sobre qué lenguaje utilizar en relación con una determinada persona que sufre. Ningún algoritmo o manual parece capaz de hacerlo, ya que estos (por ejemplo, las pruebas diagnósticas) presuponen que el juicio sobre qué lenguaje utilizar ya se ha realizado. El mero hecho de diagnosticar las distintas formas de sufrimiento humano mediante pruebas y listas de comprobación de síntomas hace que se pierda el proceso de comprensión y análisis de las particularidades situadas y contextuales que a menudo son cruciales. Y lo que es peor, si las personas llegan a apropiarse de un lenguaje errado al explicar sus problemas, por ejemplo, uno que las sitúe como pacientes pasivos de síntomas en lugar de personas que actúan, pueden bloquearse algunas vías de desarrollo que de otro modo serían fértiles.

Conclusiones

Hasta ahora, en este libro he introducido el concepto de culturas del diagnóstico y formulado un marco psicológico cultural que es relevante a la hora de estudiar los procesos de la situación en que se encuentran nuestras culturas. Hemos visto

cómo los diagnósticos psiquiátricos pueden ser abordados como objetos epistémicos, y he discutido su estatus problemático como tipos naturales. En este capítulo, he examinado directamente el lenguaje diagnóstico del sufrimiento que prevalece en la actualidad y he trazado una serie de contrastes con otros lenguajes del sufrimiento que considero relevantes. En el próximo capítulo daré cuenta de cómo los diagnósticos funcionan como mediadores semióticos en las vidas de los diagnosticados.

10. Una buena descripción del caso se encuentra en Wikipedia:
https://es.wikipedia.org/wiki/Anders_Breivik.

4. Los diagnósticos psiquiátricos como mediadores semióticos

Como vimos al principio de este libro, tanto históricamente como en las ciencias sociales contemporáneas, la psiquiatría ha sido muy criticada. Thomas Szasz (1961) sostuvo que el concepto mismo de «enfermedad mental» es un mito y debería descartarse; por su parte, Erving Goffman y otros que siguieron sus pasos intentaron demostrar empíricamente que las prácticas psiquiátricas eran inhumanas y estigmatizantes (Goffman, 1961); y críticos más recientes han argumentado que las concepciones actuales sobre la enfermedad/trastorno mental son excesivamente inclusivas y patologizantes (Wakefield, 2010), y que la industria médica empeora la vida de las personas debido a los debilitantes efectos secundarios a largo plazo de los tratamientos farmacológicos (Healy, 2012; Whitaker, 2010). Aunque merece la pena debatir estos análisis críticos, y todos tienen algo que aportar en la época actual, aparentemente dominada por diversas epidemias psiquiátricas (que van desde el estrés, la depresión y la ansiedad hasta el TDAH y los trastornos de la personalidad) y una «medicalización de la sociedad» general (Conrad, 2007), no captan la significativa experiencia de la diagnosticación, ni los diversos papeles que los diagnósticos psiquiátricos desempeñan en la vida de los diagnosticados hoy en día. En palabras de Comstock, que recientemente ha trazado la genealogía del tema del TDAH:

las perspectivas críticas convencionales no logran explicar cómo es posible que tantas personas acepten ser controladas o drogadas como parte de una extendida tendencia a la sobrediagnosticación, a menos que sea simplificando (o negando) el papel del individuo en la subjetivación haciendo uso de los desgastados conceptos críticos de «ideología» y «control social» (Comstock, 2011: 49).

Lo que fue analizado por el movimiento antipsiquiatría a partir de la década de 1960 como ideología opresiva y control social (que funcionaba a través de la

estigmatización de comportamientos no deseados como enfermedades mentales), aparece en el siglo

xxi

como algo que a menudo es perseguido activamente por las personas, que pueden estar buscando recursos conceptuales con los que explicar sus problemas y dar sentido a su sufrimiento. Entonces, ¿cómo utilizan las personas un diagnóstico psiquiátrico en relación con sus propias vidas y problemas experimentados? ¿Y cómo puede funcionar un diagnóstico como recurso para la autocomprensión? Estas preguntas se abordan en el presente capítulo.

El capítulo se adentra en las culturas del diagnóstico de los adultos diagnosticados con TDAH (especialmente cuando la cultura diagnóstica surge en un grupo de apoyo) para estudiar cómo este diagnóstico llega a funcionar como un filtro a través del cual las personas interpretan sus problemas, o como un recurso que se utiliza tanto de forma irreflexiva como reflexiva para mediar en las acciones y emociones de las personas. (Gillespie y Zittoun, 2010, introducen una útil distinción entre mediación y uso reflexivo de herramientas y signos, pero en este capítulo, me refiero a ambos procesos como mediación). El lenguaje psiquiátrico se ha democratizado en el sentido de que ha entrado en las conversaciones cotidianas sobre los problemas de la gente. Sabemos que los diagnósticos (en este caso, el diagnóstico de TDAH) se utilizan cada vez más como mediadores semióticos, pero con demasiada frecuencia los investigadores sacan conclusiones simplistas al respecto. A veces, afirman que el uso del lenguaje diagnóstico como recurso es en sí mismo terapéutico (Wykes y Callard, 2010: 301), posiblemente por su potencial para «externalizar» los problemas de las personas, y a veces se afirma que los diagnósticos cultivan la pasividad y la vulnerabilidad (Furedi, 2004), o son francamente iatrogénicos, una opinión representada, por ejemplo, por Jutel (2011), quien sostiene que la expansión de las categorías diagnósticas «no está exenta de riesgos y puede tener graves resultados iatrogénicos» (10) cuando las personas empiezan a interpretar sus problemas como aflicciones psiquiátricas, lo que conduce quizá a remedios farmacéuticos innecesarios.

En este capítulo, pretendo añadir algunos matices y delimitar el debate sobre los efectos de los diagnósticos psiquiátricos en los individuos, centrándome en tres funciones específicas que los diagnósticos psiquiátricos pueden tener como mediadores semióticos en la vida de las personas que viven en las culturas del

diagnóstico actuales. En primer lugar, los diagnósticos pueden usarse de forma explicativa, función que, yo sostengo, está muy extendida, aunque estrictamente hablando la función explicativa es circular. En segundo lugar, los diagnósticos pueden utilizarse de forma autoafirmativa; es decir, como un filtro que transforma numerosos fenómenos vitales en síntomas que vienen a reafirmar el diagnóstico. Y, en tercer lugar, los diagnósticos pueden utilizarse de forma descalificadora como eximentes de responsabilidad, esté o no justificada. No hago ninguna afirmación sobre la frecuencia de estos usos de los diagnósticos, ya que solo me interesa registrarlos y describirlos analíticamente. Sin embargo, mi impresión es que todos ellos están muy extendidos en las prácticas discursivas relativas a la categoría TDAH y probablemente también con respecto a otros diagnósticos.

Mi análisis se basa en materiales empíricos recogidos como parte de un trabajo de campo en curso en un grupo de apoyo para adultos diagnosticados con TDAH en Dinamarca. El grupo se reúne todos los meses durante unas tres horas, y lo sigo desde hace un par de años. Además de participar en el grupo, también realizo entrevistas individuales en profundidad con un número menor de informantes clave, y además me dedico a analizar los discursos y las representaciones sociales más amplias del TDAH que circulan en los medios de comunicación nacionales e internacionales. Al recurrir a estas diferentes fuentes de materiales, el objetivo es abordar el diagnóstico de TDAH desde muchas perspectivas de forma simultánea, para tener una idea amplia del impacto individual y cultural de este diagnóstico. Sin embargo, este capítulo desarrolla sus categorías basándose únicamente en el trabajo de campo, ya que me interesa saber cómo los participantes utilizan aquí el TDAH como mediador semiótico.

El diagnóstico del TDAH

El TDAH se ha convertido en un diagnóstico muy conocido y discutido, y ya me he referido a él varias veces en este libro, pero ¿qué es? La investigación que se ha llevado a cabo con niños diagnosticados de TDAH es abundante, pero hasta ahora se ha estudiado mucho menos en relación con los adultos, lo que ha llevado a algunos a afirmar que la literatura sobre este tipo de diagnóstico de

TDAH es casi inexistente (Comstock, 2011: 65). Hoy en día, la mayoría de los investigadores reconocen que el TDAH persiste en la edad adulta en alrededor del 60 % de los niños diagnosticados, afectando así aproximadamente al 4 % de los adultos de todo el mundo, según estimaciones autorizadas (Adler y Shaw, 2011). Con criterios de cribado amplios, un estudio reconocido encontró una prevalencia del 16,4 % en adultos estadounidenses (Faraone y Biederman, 2005). Desde la perspectiva médica convencional, los síntomas principales del TDAH son la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad, siendo el primero el síntoma más significativo para la mayoría de los adultos diagnosticados. El TDAH se considera convencionalmente un trastorno neurobiológico que suele tratarse con fármacos (aunque no se ha llegado a un consenso sobre la naturaleza exacta del problema neurológico implicado), y con un importante componente genético. La historia médica estándar del diagnóstico afirma que el TDAH ha estado con nosotros durante mucho tiempo, aunque bajo diferentes formas conceptuales, y muchos libros de texto comienzan sus relatos con el médico alemán Heinrich Hoffman, que describió a «Fidgety Philip» en 1844, y el pediatra inglés George Still, que publicó sus observaciones de los niños hiperactivos en *The Lancet* en 1902, aunque en un examen más detallado no queda claro si estos primeros investigadores realmente describieron lo que hoy pensamos como TDAH (Smith, 2012: 26). A lo largo de la historia se ha hecho referencia a la hiperactividad con muchos términos diferentes, hasta que finalmente se estableció el diagnóstico de TDAH en 1987 en el DSM-III-R.

Se han adoptado muchos otros enfoques además del médico hacia el TDAH, como los sociológicos, que argumentan que el diagnóstico del TDAH es una especie de medicalización y control social (Conrad, 2006), y también los históricos, que señalan las características de la sociedad estadounidense como proveedoras de un nicho para el nacimiento y la expansión diagnóstica del TDAH (Smith, 2012). Tomando prestada la terminología de Hacking (2006), podemos decir que algunos estudiosos son escépticos y sostienen que (en el caso del TDAH, aunque existen discusiones similares para otros diagnósticos psiquiátricos) nunca ha existido y que el diagnóstico siempre ha sido equívoco (esta es la posición crítica en la literatura). Otros son entusiastas y sostienen que siempre ha existido, incluso antes de que surgiera la categoría diagnóstica (este es probablemente el punto de vista mayoritario, representado por la mayoría de los enfoques médicos del TDAH).

Aunque mi ambición en este capítulo no es discutir la ontología del fenómeno del TDAH, probablemente debería decir que ambos enfoques me parecen

reduccionistas y apresados en un dilema poco útil. Siguiendo a Hacking, creo que el enfoque más fructífero es el que analiza el TDAH como un fenómeno real, aunque teniendo en cuenta que su realidad depende de determinados nichos y prácticas socioculturales. Otra forma de plantearlo ha sido articulada por Mol, quien sostiene que las enfermedades (ella estudió la aterosclerosis, pero su planteamiento parece aún más acertado en relación con las entidades psiquiátricas) no se «construyen» sino que se hacen, realizan o llevan a cabo en y a través de prácticas culturales (Mol, 2002). Al igual que Mol, el tipo de psicología cultural que se articula en este libro favorece una «apreciación praxiográfica de la realidad» (53), según la cual los fenómenos sociales y psicológicos no solo se tienen y se experimentan, sino que también son hechos por actores humanos cualificados, mediados por una serie de dispositivos materiales y simbólicos (Brinkmann, 2011b; véase también el capítulo 7). Al hacer hincapié en la representación y la acción, Mol se pregunta: «¿Quién lo hace?», y la respuesta no son individuos aislados, ya que «los acontecimientos se hacen realidad gracias a varias personas y a muchas cosas. Las palabras también participan, además de papeles, habitaciones, edificios o el sistema de seguros, es decir, una lista interminable de elementos heterogéneos» (Mol, 2002, 25-26). No tengo espacio para desplegar un análisis cultural-praxiográfico completo del TDAH en este capítulo, sino que me limitaré a arrojar luz sobre cómo la propia categoría diagnóstica se utiliza activamente por algunos de los adultos diagnosticados (teniendo en cuenta que lo que hacen con esta categoría está estrechamente entrelazado con muchas otras prácticas y precondiciones culturales).

Usar un diagnóstico como mediador semiótico

Como se verá en este texto, las personas —incluidos los pacientes diagnosticados— utilizan los diagnósticos psiquiátricos como mediadores semióticos con distintos fines y resultados. El hecho de que los diagnósticos circulen ampliamente, incluso fuera de los sistemas para los que fueron creados, es un fenómeno cultural generalizado. Según Pickersgill, el DSM funciona hoy como un «tejido conectivo» a gran escala cultural para muchos grupos diferentes con intereses en la psiquiatría (Pickersgill, 2012, 331). En este sentido, los

diagnósticos psiquiátricos se han convertido en objetos-frontera muy significativos en el Occidente contemporáneo, es decir, objetos de conocimiento que «habitan en varias comunidades de prácticas colaborativas y satisfacen los requisitos informativos de cada una de ellas» (Bowker y Star, 2000, 16).

El TDAH, por ejemplo, es por un lado un «algo» que es suficientemente estable en todas las comunidades de prácticas colaborativas, tal como se define en los manuales de diagnóstico, pero por otro es polivalente en sus significados para los niños, los padres, los profesores, los médicos, los investigadores, la industria médica, el público, etcétera. Los diagnósticos son categorías que conectan estos conjuntos muy diferentes de actores y sus comunidades de práctica, y centran la atención de los actores en ciertas propiedades destacadas como problemáticas, aunque esto no ocurre necesariamente de manera armoniosa u homogénea (Brinkmann, 2014a). Teniendo en mente esta red cultural más amplia de actores y prácticas organizados a través de categorías de diagnóstico, paso ahora a las comprensiones locales manifestadas por los miembros del grupo de apoyo al TDAH.

Durante la primera reunión a la que asistí en el grupo de apoyo del TDAH, me dieron una indicación muy clara del discurso dominante sobre el TDAH en esta comunidad. Las reuniones siempre empiezan con una ronda de presentaciones. Cada participante (normalmente hay entre 10 y 15 personas en una reunión, con una mezcla de recién llegados y habituales) se presenta a sí mismo, y se supone que debe informar a los demás sobre algo positivo que haya ocurrido desde la reunión anterior. Sin embargo, a menudo las presentaciones pasan de historias positivas a relatos negativos y problemáticos, especialmente relacionados con encuentros con «el sistema», compuesto por los médicos generales, psiquiatras y representantes del Estado de bienestar (terapeutas y trabajadores sociales). Los demás participantes proporcionan apoyo emocional y ánimo, y a menudo también dan consejos prácticos sobre cómo resolver problemas personales, legales o médicos.

Tuve mi primera impresión del discurso dominante cuando Thomas (todos los nombres y datos identificativos son ficticios) se presentó y empezó diciendo: «Tengo TDAH desde hace cuatro años». Inmediatamente, otros participantes del grupo le interrumpieron y le corrigieron. Una de ellas, Joanna, dijo: «No, Thomas, tu TDAH se descubrió hace cuatro años. Siempre has tenido TDAH, ¿verdad?». Thomas asintió y se rio, y se hizo evidente que este grupo considera el TDAH un trastorno congénito. El grupo está organizado por la asociación

danesa de TDAH (www.adhd.dk), y está patrocinada por varias empresas farmacéuticas como Eli Lilly. Esta asociación es paralela a la organización estadounidense de pacientes CHADD (www.chadd.org), y trabaja bajo la idea de que el TDAH es un trastorno neurobiológico con un importante componente genético que debe tratarse con fármacos. Las conversaciones del grupo son moderadas por una persona, que no tiene el diagnóstico, pero que participa como voluntario en la asociación (su hijo está diagnosticado con TDAH, según me dijo, lo que le motiva a ayudar a los demás). El moderador hace visible su adherencia a la asociación TDAH a través de diversos objetos, por ejemplo, una bolsa con el logotipo de TDAH.

Independientemente del valor de verdad de la comprensión biomédica del TDAH, tiene una serie de efectos sobre cómo se utiliza el diagnóstico para mediar en la autocomprensión de las personas diagnosticadas, lo que también han constatado otros investigadores (Halleröd, Anckarsäter, Råstam y Scherman, 2015). Esta situación está probablemente menos generalizada en los niños que en los adultos, que a menudo han buscado activamente un diagnóstico poniéndose en contacto con su médico o psiquiatra (después de que sus hijos hayan recibido el diagnóstico, por ejemplo). Una historia típica es que los adultos se han sentido diferentes de los demás durante mucho tiempo, pero sin poder explicar por qué, lo cual nos lleva al primer tipo de mediación semiótica en la que interviene el diagnóstico de TDAH, que aquí denomino mediación explicativa.

Mediación explicativa

El diagnóstico del TDAH se utiliza de forma explicativa por casi todos los participantes del grupo en algún momento. Suelen invocar el TDAH como explicación cuando resumen sus historias vitales (cuando se presentan a los recién llegados al grupo, por ejemplo). El relato de Mike es típico: vive solo con su perro (el perro aparece en muchas de sus historias y es claramente muy importante para él, sobre todo por su capacidad para calmarle cuando se vuelve agresivo), y además experimenta numerosos problemas con las relaciones sociales. Explica que su problema es que «estalla» con facilidad y puede llegar a ser bastante violento, especialmente con los representantes del sistema de

asistencia social, pero, como dice, «cuando recibí el diagnóstico, por fin me explicaron por qué estallo». El TDAH como diagnóstico media el entendimiento de Mike de su propio comportamiento problemático y se usa como su explicación.

Otra historia es la de Marie. Ha tenido numerosos problemas en su vida, que culminaron cuando se convirtió en madre: «Durante varios años, solo jugué al ordenador. Era adicta, y no podía levantarme a llevar a mi hija al colegio». Se refirió al proceso de diagnóstico como una «revelación» que cambió su vida: «Está mi vida antes del diagnóstico y después del diagnóstico. Sigo dándome golpes contra el suelo de vez en cuando, ¡pero hoy sé por qué!». Una vez más, el diagnóstico se utiliza para explicar sus patrones problemáticos de comportamiento. Esta situación está tan extendida que al principio pasó desapercibida, pero cuando lo descubrí, lo observé una y otra vez. También figura en algunos de los documentos y planes oficiales sobre el TDAH en Dinamarca, por ejemplo, en la estrategia sobre el TDAH formulada por el ayuntamiento de Aarhus (la segunda ciudad más grande de Dinamarca). Este texto repite varias veces que el diagnóstico del TDAH «proporciona al individuo una explicación de los problemas con que se encuentra» (Aarhus Kommune, 2013, 4). Otros investigadores también han observado que recibir un diagnóstico de TDAH proporciona alivio a través de una explicación. En un estudio de entrevistas con 8 adultos diagnosticados, Young y sus colegas llegaron a los siguientes resultados: «Inmediatamente después de recibir su diagnóstico, los participantes describieron una sensación inicial de alivio y euforia porque, por fin, habían encontrado una explicación que llevaban buscando toda su vida» (Young, Bramham, Gray, y Rose, 2008, 496). Sin embargo, los autores añaden que este alivio suele durar poco y va seguido de nuevos sentimientos de confusión, algo que también expresaron varios de mis informantes.

Como afirma Wilkinson, las personas luchan por dotar de significado al sufrimiento no solo como un esfuerzo intelectual, sino como parte de la curación psíquica (Wilkinson, 2005, 18). Ya es bastante malo sufrir, pero si el sufrimiento parece carecer de significado, es aún peor, por lo que los seres humanos buscan explicaciones que cambien aquello que carece de sentido por algo con sentido; por eso, todo el sistema del diagnóstico ha adquirido hoy en día un rol prominente como «lenguaje del sufrimiento» explicativo (Brinkmann, 2014a). El problema con esto, sin embargo, es que es circular. En el caso del TDAH, el diagnóstico no puede formularse sobre la base de marcadores biológicos (por ejemplo, muestras de sangre o escáneres cerebrales), sino solo contando y

evaluando los síntomas, tal y como aparecen en diversas listas de comprobación de síntomas, por ejemplo. La circularidad surge cuando el diagnóstico se formula con referencia a comportamientos problemáticos, y estos se explican con el diagnóstico. En primer lugar, la persona es identificada (ya sea por sí misma o por otros) como problemática, quizás debido a su impulsividad o falta de atención, y busca ayuda o recaba información de diversas fuentes (especialmente internet). En segundo lugar, si los problemas son lo suficientemente graves como para considerarse síntomas del TDAH, se formula este diagnóstico para dar cuenta de los comportamientos problemáticos. Por último, si nos preguntamos cómo sabemos que el TDAH es en realidad el problema, la respuesta es que esto es evidente a partir de los síntomas (Timimi, 2009). Así pues, los síntomas justifican la categoría diagnóstica, que a su vez se invoca para explicar los síntomas en un proceso circular y, en última instancia, vacío. Este proceso circular tiene lugar tanto «intramentalmente», por así decirlo, en la comprensión que la propia persona diagnosticada tiene de su situación, como «intermentalmente» en la relación de la persona con las autoridades médicas y sociales, que a menudo también utilizan el diagnóstico de forma explicativa.

Aunque los participantes en el grupo de apoyo utilizan la categoría TDAH como forma de explicar sus problemas, no son directamente conscientes de la circularidad intrínseca que conlleva, pero esta puede afectarles indirectamente, por ejemplo, cuando las personas de su entorno no comprenden sus problemas. El debate social sobre el TDAH (tanto en Dinamarca como en muchos otros países) se refiere a menudo a la falta de formas «objetivas» de formular el diagnóstico. Casi todos los participantes dicen que les gusta estar en el grupo, porque nadie cuestiona su diagnóstico y así no tienen que estar a la defensiva. Se encuentran con la sospecha en muchos otros rincones de su vida, cuando tienen que escudarse contra las acusaciones de que sus problemas no son mayores que los de los demás. Mark dice que lo peor de contar a los demás su TDAH y sus problemas de impulsividad y falta de atención es cuando la gente responde: «Bueno, eso lo sé por mí mismo», dando a entender tácitamente que él no está peor que otras personas que no están diagnosticadas (muchos otros participantes del grupo expresan una actitud similar).

El uso del TDAH en un proceso de mediación explicativa a menudo implica una especie de «entificación» de las conductas problemáticas (Valsiner, 2007). La entificación implica transformar un rasgo, temperamento, emoción o algún otro fenómeno psicológico en una «cosa», normalmente con supuestos poderes causales para afectar a la acción, y es este proceso el que hace que la mediación

explicativa funcione, ya que a menudo tiene que haber algún «agente dañino» dentro del diagnosticado que pueda ser categorizado, si se quiere que el diagnóstico cuente como explicación, por muy circular que esta sea. El discurso en el grupo está plagado de esta entificación en el sentido de que los miembros hablan continuamente de «mi TDAH» y de «lo que hace mi TDAH». Por ejemplo, como explica Marie «mi TDAH me hace olvidar mis citas, así que tengo que decirles a mis amigos que me llamen justo antes de quedar con ellos». El TDAH se convierte en un «algo» dentro de la persona que actúa sobre ella, a menudo de forma perjudicial. Sin querer comparar el TDAH con la posesión demoníaca en otros aspectos, el paralelismo en cuanto a la entificación es, no obstante, interesante. Como ha señalado Littlewood en una comparación de las concepciones «occidentales» de las enfermedades psiquiátricas como entidades con las ideas «indígenas» de la posesión de espíritus:

La intervención profesional en una enfermedad implica incorporar al paciente a un sistema global de explicación, un patrón estructural común que se manifiesta en la economía corporal de todo ser humano. La responsabilidad se transfiere a una agencia que escapa al control del paciente: ahora son las enfermedades y no los espíritus (Littlewood, 2002, 48).

La entificación implica la creación discursiva de algún agente dentro de la persona que actúa como causa del problema, y ocurre en un proceso dinámico entre individuos, que son invitados a este proceso por los discursos públicos predominantes sobre el TDAH. Schmitz y sus colegas estudiaron las representaciones sociales del TDAH en los medios de comunicación y descubrieron que se produce un proceso de «anclaje» y «objetivación», de modo que «la incertidumbre sobre los aspectos causales del TDAH ha quedado anclada en una representación de enfermedad física a través de los descubrimientos científicos mediante la tecnología de imágenes cerebrales; posteriormente se objetivó a través del uso por parte de los medios de comunicación de términos como “cerebro roto”, “cerebro sin frenos” y “concentración descarrilada”» (Schmitz, Filippone y Edelman, 2003, 400). El discurso científico sobre el cerebro («cerebrismo») se traduce aquí a la lengua vernácula y se utiliza como explicación a través de la entificación (expresiones como «cerebro roto» y similares sirven como entidades causales relevantes, aunque no se haya

examinado el cerebro de ninguno de los miembros del grupo).

Mediación autoafirmativa

Lo que he denominado mediación explicativa es una función clave del diagnóstico del TDAH para los miembros del grupo, y puede considerarse la fundamental, pero cabe señalar aquí otras dos formas, probablemente subordinadas, en que el diagnóstico media en la comprensión que los miembros tienen de su aflicción. En primer lugar, tenemos la mediación autoafirmativa. Con este término, me refiero a la tendencia del diagnóstico a afirmarse a sí mismo, no solo porque numerosos fenómenos se convierten en «síntomas» cuando se ven a través de la lente del diagnóstico (lo que a menudo han señalado los científicos sociales críticos que hacen hincapié en el peligro de que los problemas cotidianos se patologicen a través de los diagnósticos), sino también porque incluso los fenómenos de la vida de una persona que podría esperarse que fueran en contra del diagnóstico del TDAH se afirman como la expresión misma de este.

Se podrían utilizar varios ejemplos del trabajo de campo como ilustración de este hecho, pero mencionaré solo algunos. William habla de su vida y sus problemas y dice que «le gusta mucho mantener todo en orden para evitar el caos». Al igual que otros miembros del grupo, es muy estructurado, utiliza listas de comprobación y se dedica a poner orden. Lo interesante es que menciona esto como un ejemplo de cómo se manifiesta su TDAH, aunque la categoría diagnóstica se asocia a menudo con el olvido y una vida desordenada (un criterio diagnóstico clave es que las personas tienen dificultades para organizar tareas y actividades). La historia de Mark es similar. Mark se identifica mucho con el diagnóstico del TDAH. Es una persona ingeniosa que ayuda a los demás miembros del grupo (con medicación y contacto con «el sistema», por ejemplo), y lleva las letras T D A H tatuadas en el pecho. Al igual que William, Mark es extremadamente organizado, y ha trabajado en varios almacenes, lo que le venía perfectamente porque podía trabajar profesionalmente para mantener el orden. Tiene lo que él llama «TOC benigno», además de su TDAH, y «los dos se controlan mutuamente», como él dice, invocando de nuevo una forma de

entificación de dos fuerzas que están luchando en su interior. Sin embargo, es interesante que se mencione como síntoma del trastorno un rasgo que muchos considerarían loable. Es lo que yo llamo autoafirmación.

Una vez hecho el diagnóstico, tanto los fenómenos que antes podían contar a favor como en contra son utilizados por el diagnosticado para afirmar el diagnóstico. Si William y Mark no hubieran llevado una vida ordenada (como es el caso de otras personas del grupo, que invocan este problema como síntoma del TDAH), esto también podría haberse utilizado para afirmar el diagnóstico. Es inevitable que venga a la mente la clásica crítica al psicoanálisis de que no es falsable, porque cualquier interpretación que el analista haga del paciente puede interpretarse como válida, porque si el paciente está de acuerdo, se confirma la interpretación, y si no lo está, también se confirma, ¡porque es un signo seguro de que está en negación! La entidad del TDAH interpretada dentro de (y por) la persona funciona claramente de formas diferentes, y a veces contradictorias.

Mediación de abdicación

Por último, abordaré el modo en que el diagnóstico del TDAH se utiliza para mediar en una autocomprensión que niega la responsabilidad. Una vez más, esto puede verse como una subcategoría de la función explicativa, ya que la responsabilidad a menudo se transfiere de la persona como sujeto volitivo a la «entidad del TDAH», como he comentado anteriormente en referencia a la entificación. Un ejemplo típico de cómo se utiliza el diagnóstico para eximir de responsabilidad se encuentra en las declaraciones de Marie (refiriéndose a lo que ocurrió cuando le diagnosticaron) de que «lo peor que podía decir mi psiquiatra era que no me pasaba nada. En ese caso, ¡simplemente era una vaga!». Michelle expresó una preocupación similar: una joven que vive con su novio, del que depende mucho, ya que no le gusta estar sola en su casa, algo que considera relacionado con su diagnóstico de TDAH. En su trabajo, ha informado a su jefe de su diagnóstico para explicarle por qué a veces no puede hacer las cosas. Por último, Mark mencionó cómo a menudo reacciona sin pensar, por ejemplo, cuando una mujer mayor agarró del brazo a su hijo en un zoo mientras le regañaba (porque el niño estaba tirando piedrecitas), y Mark reaccionó

agarrándole el brazo violentamente y abusando verbalmente de ella. Explicó que no era él quien reaccionaba, sino el TDAH que llevaba dentro, y que ahora estaba intentando aprender a controlar su comportamiento agresivo atendiendo a cómo su frustración se acumula a partir de una sensación de calor en la nuca, lo que le lleva a decirse a sí mismo: «Ahora, mi TDAH se está apoderando de mí», tras lo cual intenta apartarse de la situación problemática.

Ya se ha observado en la literatura sobre el tema que el diagnóstico del TDAH puede usarse para rehuir la responsabilidad y las exigencias morales comunes. En su estudio sobre niños con TDAH, Singh expone que casi todos los niños diagnosticados con TDAH (en una muestra del Reino Unido) dijeron que habían utilizado el TDAH como excusa (Singh, 2011: 894). Quizá sea esta característica del diagnóstico la que da lugar a un nuevo fenómeno observado por Singh, a saber, lo que ella denomina «adopción-TDAH», que se da cuando personas no diagnosticadas «afirman que tienen TDAH para construir su armamento personal contra el acoso, reforzando así aún más el estereotipo» (894). Si «no soy yo» quien actúa de forma indeseable, sino ese algo que hay en mí —el TDAH—, entonces yo no tengo la culpa, ya que el trastorno es el verdadero agente. Es comprensible que esta pueda ser una autocomprensión atractiva, incluso para las personas que no están diagnosticadas, porque elimina (o al menos disminuye) la carga de la culpa moral. Sin embargo, si la responsabilidad es fundamental para las preocupaciones humanas, esta medicalización de la moralidad plantea problemas. Sin embargo, debería tenerse en cuenta también un aspecto más positivo, como el que vimos en la historia de Mark: el diagnóstico puede invocarse como un mediador semiótico que permite a la persona distanciarse de su propia agresión y frustración, lo que lleva a restar importancia a un conflicto, porque la culpa no se confiere ni al ego, la persona en sí misma, ni al alter, la otra persona en un conflicto (que era la anciana en la historia contada por Mark), sino a la entidad TDAH que está en el interior del sujeto, lo que lleva a un mayor control personal en este caso.

Identidad TDAH

¿En qué tipo de persona se convierte uno cuando el diagnóstico de TDAH se

utiliza como mediador semiótico de su autocomprensión? ¿Cómo se puede tener, ser y hacer TDAH? De los análisis anteriores no se desprende una respuesta sencilla, pero parece que el diagnóstico permite una autocomprensión de uno mismo como si estuviera «poseído» por alguna entidad con poderes para crear problemas en su vida. Referirse a esta entidad en las reflexiones y conversaciones con los demás puede servir para explicar los problemas (mediación explicativa), mientras que emplear el diagnóstico como mediador tiende a afirmar que los propios problemas provienen del TDAH, incluso en casos en los que la persona los afronta o compensa bastante bien (mediación autoafirmativa). Por último, el TDAH como mediador semiótico también puede utilizarse como excusa para uno mismo y para los demás, eliminando así la responsabilidad (mediación de abdicación).

Cabe señalar que ninguno de los participantes del grupo incluidos en mi estudio media su autocomprensión exclusivamente a través del diagnóstico del TDAH. Como todos nosotros, recurren a numerosas fuentes, lenguajes y categorías, pero este capítulo ha destacado algunas de las formas más significativas en las que se utiliza el diagnóstico y, huelga decirlo, puesto que los participantes se reúnen en el grupo precisamente para ayudarse unos a otros debido a su TDAH, es probable que invoquen la categoría diagnóstica mucho más en este contexto de lo que lo harían en otro caso. También me gustaría hacer hincapié en que no existe ningún determinismo, como que el hecho de ser diagnosticado conduzca automáticamente a algún tipo de «identidad TDAH»; más bien, el diagnóstico se utiliza de forma flexible y creativa por actores humanos cualificados para diferentes propósitos, que es por lo que aquí enfoco el diagnóstico como un recurso interpretativo, un mediador semiótico (en lugar de una «variable causal») que permite (en lugar de determinar) ciertos usos.

Como ya he mencionado, existen problemas teóricos importantes en la construcción de una entidad a partir del diagnóstico del TDAH (entificación), pero estos problemas teóricos no parecen molestar mucho a los participantes en la práctica, ya que la entificación es una característica omnipresente de la forma en que se invoca el diagnóstico cuando hablan de sus vidas y problemas. Sin embargo, me gustaría proponer la interpretación de que, indirectamente, la entificación crea algunos problemas por la sencilla razón de que no se ha observado ninguna entidad objetiva a la que se refiera la categoría diagnóstica. El TDAH es un conjunto de síntomas, y ya he hablado de la circularidad que implica el proceso por el que los síntomas se utilizan para formular el diagnóstico que, a su vez, se invoca para explicar los síntomas. Precisamente la

falta de criterios «objetivos» para el diagnóstico del TDAH es quizá la característica más importante de las críticas públicas que recibe el diagnóstico. La falta de marcadores biológicos ha llevado a Joseph (entre otros críticos) a concluir que «el TDAH es simplemente una agrupación de comportamientos socialmente reprobables que se hacen pasar por una enfermedad» (Joseph, 2009, 75). Como he dejado claro anteriormente en el capítulo, mi objetivo en este contexto no es establecer si el TDAH es una «enfermedad real» o no, o si el diagnóstico es válido o no, sino más bien investigar cómo la gente utiliza el diagnóstico como un mediador semiótico en una cultura del diagnóstico. Sin embargo, lo importante aquí es que estas cuestiones no pueden separarse por completo, ya que los participantes utilizan en parte esa categoría como recurso, de forma que a veces reflejan, y a veces van en contra, de las discusiones públicas sobre el TDAH.

Mediación semiótica de otras categorías psiquiátricas

Aunque el presente capítulo se centra en el TDAH, cabe señalar que otros investigadores están estudiando cómo otras categorías psiquiátricas o casi psiquiátricas median semióticamente en las relaciones que las personas tienen consigo mismas y con su sufrimiento. Un ejemplo lo encontramos en el trabajo de Ester Holte Kofod, que investiga las conceptualizaciones y experiencias actuales del duelo, sobre todo porque este fenómeno (como muchos otros) está sufriendo una medicalización, y posiblemente una patologización, con la introducción de etiquetas diagnósticas para el duelo patológico, como el trastorno de duelo complejo persistente, que se introdujo en la sección III del DSM-5 como condición para estudios posteriores (Kofod, 2015). Muchos esperaban (y los críticos temían) que para el DSM-5 estuviera listo un diagnóstico oficial adecuado del duelo, pero no fue así, y en su lugar se eliminó la exclusión del duelo para los trastornos depresivos mayores, de modo que ahora es posible ser diagnosticado con depresión dos semanas después de sufrir una pérdida. A la luz de estos acontecimientos, Kofod estudia cómo los padres en duelo experimentan y practican su duelo tras la pérdida de un bebé. Se trata de un estudio de entrevistas cualitativas, en las que Kofod ha identificado cuatro formas principales en que los padres se relacionan con la posibilidad de que se

les diagnostique su duelo:

(1) El diagnóstico como práctica legitimadora – Entre los padres en duelo existe la tendencia a considerar el diagnóstico como una posible legitimación de su sufrimiento. Si pudieran obtener un diagnóstico de duelo (lo que actualmente no es posible en Dinamarca), podrían obtener «ventajas» emocionales («tener derecho al duelo»), materiales (como el acceso a bajas por enfermedad, apoyo económico y terapéutico) y también relacionales (ya que una categoría diagnóstica podría darles una forma legítima de comunicar el sufrimiento a los demás). Tanto en relación con la familia como con el lugar de trabajo, los participantes entrevistados en el estudio afirman que un diagnóstico facilitaría la comunicación de su sufrimiento y su incapacidad para realizar sus rutinas habituales.

(2) El diagnóstico como práctica de demarcación – Entre la mayoría de los participantes existe la idea de que un diagnóstico de duelo podría utilizarse para diferenciar entre reacciones normales o naturales, por un lado, y reacciones patológicas o disfuncionales de duelo, por otro. Las demarcaciones entre duelo normal y patológico se hacen con referencia a estándares normativos relativos a la intensidad, duración y contenido de las expresiones emocionales:

el duelo normal permite cierto grado y duración de dolor emocional, mientras que el duelo patológico se asocia a expresiones emocionales prolongadas demasiado intensas y negativas como la amargura y la ira (Kofod, 2015).

(3) Diagnóstico como patologización (ilegítima) – Este tercer relato se opone a toda patologización del duelo y sostiene que incluso el duelo intenso y duradero debe considerarse una reacción normal ante una pérdida profunda. Esta postura se encuentra entre algunos de los participantes, mientras que la última está representada por una sola voz.

(4) El diagnóstico como ideal normativo – Este último relato representa un intrigante desafío a la noción generalizada de que los diagnósticos psiquiátricos son estigmatizantes, según Kofod: una participante afirma que, dada la existencia de un diagnóstico de duelo, sentiría el impulso de «cumplir» los criterios para demostrarse a sí misma (y a los demás) que quería a su hijo muerto. Dice que, si no le dieran el diagnóstico, se preguntaría: «¿No sufro lo suficiente por mi hijo?». Curiosamente, y en cierto modo paradójicamente, la formulación de diagnósticos puede articular guiones sobre cómo pensar, sentir y actuar en diversas situaciones difíciles de la vida.

El duelo no es (todavía) un diagnóstico psiquiátrico oficial, al igual que el TDAH no lo era hasta hace muy poco, pero he incluido aquí un comentario sobre el trabajo de Kofod porque demuestra cómo las personas también pueden emplear un cuasi-diagnóstico, o diagnóstico fronterizo, para mediar semióticamente una relación con su sufrimiento. Como en el caso del diagnóstico de TDAH, un hallazgo significativo es que esto no ocurre de forma determinista o universal, sino que es algo flexible que las personas negocian dependiendo de muchos factores y características contextuales diferentes.

Conclusiones

Una vez revisadas las diversas formas en que los diagnósticos psiquiátricos —en este caso el TDAH (con una breve referencia al diagnóstico fronterizo del duelo) — pueden ser utilizados por los diagnosticados para comprender sus vidas y regular sus acciones, en el siguiente capítulo pasaré a analizar de forma más general cómo se constituye la identidad o subjetividad psiquiátrica en nuestras culturas del diagnóstico, sobre todo mediante el uso de medidas cuantitativas. Esto también proporciona una explicación más macrosociológica del significado actual de los diagnósticos psiquiátricos.

5. «Haz más, siéntete mejor, vive más»: ser objeto de la psiquiatría

«Haz más, siéntete mejor, vive más» es el lema de GlaxoSmithKline, considerada la segunda mayor empresa farmacéutica del mundo. Hay mucho que decir de esta empresa en relación con nuestras culturas del diagnóstico. Entre otras cosas, es tristemente célebre por haber pagado recientemente una multa de 3.000 millones de dólares sobre todo debido a su promoción ilícita de los antidepresivos Wellbutrin y Paxil para usos no aprobados. No seguiré aquí con las historias negativas sobre GlaxoSmithKline, ni hablaré de los efectos iatrogénicos del uso prolongado de antidepresivos. Actualmente se está escribiendo mucho sobre cómo los fármacos pueden enfermar a las personas (y volveré sobre este tema en el próximo capítulo). En su lugar, me ocuparé de la ideología, la filosofía de vida culturalmente sancionada, por decirlo de algún modo, que encarna el eslogan de GlaxoSmithKline y discutiré cómo se relaciona con las culturas del diagnóstico. Finalmente argumentaré que aunque esta y otras empresas farmacéuticas tienen el objetivo explícito de luchar contra diversas psicopatologías, el enfoque de la vida inherente a la mentalidad de «haz más, siéntete mejor, vive más» en realidad equivale a algo así como una patología social en sí misma, que es un motor de la promoción del lenguaje diagnóstico del sufrimiento.

Concuero con Paterson al considerar la publicidad como «la poesía del capitalismo» (Paterson, 2006), por lo que, aunque un eslogan como este pueda parecer completamente inocente, en realidad pone de manifiesto una cierta estética y lógica subyacente sobre cómo se debe vivir y pensar la vida como persona en el siglo

xxi

. Esta idea está relacionada, argumentaré, con las visiones dominantes de la subjetividad psiquiátrica hoy en día, que también se encuentran en la lógica de los diagnósticos actuales, que son en gran medida cuantitativos, pero que por lo tanto no comprenden los aspectos cualitativos de la identidad humana, como ha articulado, por ejemplo, Charles Taylor en las últimas dos décadas. Defenderé

que la carrera hacia una subjetividad cuantificada —en la que los diagnósticos psiquiátricos desempeñan un papel clave— puede verse como un intento de crear una especie de solidez en una época que Zygmunt Bauman ha calificado de «modernidad líquida».

El yo cuantificado

Paralelamente al desarrollo de las culturas del diagnóstico que se abordan en este libro, hemos asistido a un aumento de la cuantificación del yo o del sujeto en las prácticas psiquiátricas.¹¹ ¿Qué se entiende por una visión «cuantitativa» de la subjetividad? De hecho, es bastante fácil verlo en el eslogan psicofarmacéutico: «Haz más, siéntete mejor, vive más», ya que todos ellos son imperativos que se prestan a la cuantificación. Esto parece captar muy bien, o de forma inquietante, nuestro enfoque de la vida en la fase contemporánea del capitalismo tardío, por lo que haré una breve lectura de la sociedad moderna a través del eslogan.

Por ejemplo, hacer más se ha convertido en un objetivo en sí mismo, independientemente de lo que se haga. El filósofo danés Anders Fogh Jensen (2009) ha analizado lo que denomina «la sociedad de proyectos» y el correspondiente carácter social del «hombre de proyectos». Estos términos se refieren a la tendencia a poner tantos proyectos como sea posible en nuestras vidas. El principal problema existencial ya no es, como en la anterior sociedad de las prohibiciones, que uno quiera demasiado y no pueda ajustarse a las normas (véase también Bauman, 2007); más bien, nuestro problema en la sociedad de proyectos es que nunca conseguimos hacer lo suficiente, que nunca nos ponemos al día. Así que, como las compañías aéreas, tendemos a sobrecargar nuestras vidas con proyectos, porque sufrimos la ansiedad de perdernos algo. Esto significa que nuestros proyectos —en muchos ámbitos de nuestras vidas— se convierten en algo transitorio y temporal, algo con lo que nos comprometemos solo hasta que aparece algo mejor. Así lo refleja otro eslogan comercial, el de InterContinental Hotels: «No puedes tener un lugar favorito hasta que no los hayas visto todos». Siempre hay un nuevo lugar que ver, un nuevo puesto de trabajo que buscar y una nueva pareja de la que enamorarse. El ideal del proyecto inquieto o de la sociedad del consumo es

«hacer más», independientemente de lo que uno haga. El inconveniente es que surgen todo tipo de problemas con la lealtad, el compromiso y las búsquedas existenciales a largo plazo, como Richard Sennett argumentó de forma tan convincente en *La corrosión del carácter* a finales de los 90 (Sennett, 1998).

Hoy en día, muchos de nosotros tenemos calendarios, listas de tareas y aplicaciones para nuestros teléfonos inteligentes que pretenden ayudarnos a hacer el máximo número de cosas. Para problemas psiquiátricos como el TDAH, existen aplicaciones específicas que ayudan al paciente a controlar y medirlo todo, desde cepillarse los dientes por la mañana hasta evaluar su aptitud para conducir un coche. ADHD Angel, por ejemplo, recuerda al usuario cuándo debe tomar la medicación y visitar al médico, de modo que todo queda enmarcado en una lógica cuantitativa de escalas y autoevaluaciones. Estas aplicaciones también existen para muchas otras afecciones, y ya hay más de 100.000 aplicaciones médicas y de salud en la App Store de Apple y en Google Play (Lupton y Jutel, 2015). Según Lupton y Jutel, que han analizado un gran número de estas aplicaciones, casi un tercio de los usuarios de teléfonos inteligentes estadounidenses (lo que equivale a 46 millones de personas solo en Estados Unidos) utilizaron estas aplicaciones en enero de 2014. Representan una nueva forma de ser paciente —un «paciente digitalmente comprometido» (129)— que implica una liberalización del papel del paciente. A menudo, el paciente acude a la consulta del médico no para recibir un diagnóstico, sino para que el médico valide el diagnóstico que el paciente ya ha decidido por sí mismo.

Bowker y Star lanzan una señal de alarma en relación con la tendencia a entenderse a uno mismo a través de las tecnologías de medición: «A medida que se nos socializa para convertirnos en aquello que puede medirse con nuestras herramientas de medición cada vez más sofisticadas, las clasificaciones se naturalizan cada vez más y en un ámbito cada vez más amplio» (Bowker y Star, 2000, 326). Retomando el análisis del capítulo 3, esto significa que nuestros lenguajes del sufrimiento se reducen al favorecido por un enfoque cuantitativo. El paciente se convierte no solo en paciente en el sentido literal de simple receptor pasivo de la categoría diagnóstica (preguntando «¿qué me dice el médico?»), sino también en consumidor activo de conocimientos sanitarios, incluidas las categorías e intervenciones del ámbito de salud mental, lo que, sin embargo, significa que sus aflicciones solo se abordan como problemas de salud y trastornos que hay que medir y no, por ejemplo, como problemas sociales, morales o existenciales.

Las numerosas aplicaciones aplicadas al autodiagnóstico y al seguimiento suelen ocuparse directamente de medir lo bien que se siente el usuario en un momento determinado (y luego hacer un seguimiento sistemático de los altibajos emocionales a lo largo del tiempo), lo que nos lleva al siguiente elemento del eslogan farmacéutico. En principio, «sentirse mejor» parece una idea con la que no se puede estar en desacuerdo. Sin embargo, una vez más, se presta fácilmente a una interpretación puramente cuantitativa, según la cual uno debe sentirse lo mejor posible. Más que ninguna otra cosa, esto se mide hoy en día en diversas escalas de Likert, autoevaluaciones, dispositivos y aplicaciones de automonitoreo, no solo para afecciones diagnosticables como la depresión, sino también en relación con el estrés, por ejemplo, utilizando la prueba de estrés de las diferentes aplicaciones que tenemos en nuestros smartphones. Sentirse mejor es una cuestión de grado, algo siempre mejorable. (Es muy diferente, digamos, del «me siento bien» de James Brown, que a uno le parece más bien una exclamación definitiva, de todo o nada). Si uno toma antidepresivos, debería controlar continuamente si eso le está haciendo sentirse mejor (de eso se trata), y si uno acude al terapeuta cognitivo-conductual, se encontrará con varias hojas de puntuación para evaluar semana tras semana cómo se siente. Quizás no haya nada intrínsecamente malo en ello, pero invita a ver los estados de ánimo y las emociones como algo que se puede separar de la propia subjetividad «para su control y clarificación», como dice Eva Illouz en su análisis de lo que ella llama «capitalismo emocional», que implica no solo lo que ella denomina una «textualización» del sujeto (la propia autocomprensión se reduce a categorías lingüísticas disponibles, por ejemplo, en las aplicaciones de automonitoreo), sino ciertamente también una cuantificación (Illouz, 2007, 229).

Recientemente, Mikka Nielsen ha entrevistado a algunos adultos diagnosticados con TDAH y ha encontrado ejemplos de (en mis palabras) personas que median su autocomprensión a través de las aplicaciones de textualización y cuantificación. Nielsen recuerda un episodio de su trabajo de campo, cuando entrevistaba a «Peter» sobre su TDAH:

Como investigadora, me interesa el TDAH como fenómeno y categoría diagnóstica y me he familiarizado con la literatura teórica sobre el diagnóstico y sus síntomas. Pero también me interesa la experiencia fenomenológica de vivir con TDAH. Quiero conocer la experiencia del TDAH e intento con optimismo acercarme lo más posible a la experiencia corporal y a las sensaciones del

TDAH. Miro mi guía para la entrevista y le pregunto a Peter cómo experimenta el TDAH en su cuerpo y cómo le afecta. Peter asiente, mira su teléfono, busca una página web sobre el TDAH y lee voz alta las descripciones de los síntomas. Escucho la lectura de Peter, pero me impaciento y me molesta que Peter se limite a leer de una página web y no me explique sus experiencias con sus propias palabras (Nielsen, 2015, 13).

Tras la entrevista, Nielsen llega a la conclusión de que «la descripción que Peter hace del TDAH a través de las descripciones diagnósticas es una parte de cómo Peter experimenta el TDAH. Hace uso de un vocabulario diagnóstico disponible que describe concretamente sus experiencias del TDAH, de forma que su experiencia corporal y su comprensión del TDAH como categoría diagnóstica se entremezclan» (Nielsen, 2015: 14). Este es un claro ejemplo de mediación semiótica y de la interrelación entre el diagnóstico como entidad textual y cuantificable, por un lado, y la experiencia de ser de una determinada manera, por otro.

Verse a uno mismo de forma cuantitativa significa normalmente verse a uno mismo en términos de lo que le falta (más proyectos, mejores sentimientos, más concentración, etc.), que es algo que se hace visible a través de las diversas medidas cuantitativas. Axel Honneth (2008) se refiere a esto como autorreificación: hoy en día consideramos nuestros pensamientos y emociones como entidades discretas y medibles que están dentro de nosotros, como propiedades que se pueden poseer y producir. En este sentido, como ha argumentado recientemente Alastair Morgan, «la vida íntima y las emociones se convierten en objetos de cálculo que pueden capturarse cuantitativamente» (Morgan, 2014, 228-229). El riesgo es que ignoramos la importancia mundana de nuestras emociones y sentimientos, por así decirlo, es decir, nos olvidamos de preocuparnos por las razones que tenemos (o nos faltan) para sentirnos de determinada manera. ¿Quieres sentirte mejor? Sí, ¡por favor! ¿Pero no importa por qué? Probablemente no, y si nuestros pensamientos y sentimientos están dirigidos al mundo, y pueden informarnos de algunos aspectos morales del mundo —que es una visión de las emociones que se remonta a Aristóteles—, es fácil que nos sintamos mejor por las razones equivocadas. Un enfoque puramente cuantitativo simplemente acepta los objetos mentales como si estuvieran ahí, como algo que observar y medir, y olvida de este modo las formas en que están enredados con lo que ocurre en el mundo. Esto es paralelo a

la crítica de los diagnósticos psiquiátricos, que corren el riesgo de aislar al individuo del mundo y solo se interesan por síntomas discretos «dentro» del individuo.

Vivir más es el tercer objetivo de la tríada de GlaxoSmithKline. Es quizá el que más claramente pertenece a una lógica cuantitativa de la vida. Vivir más años se ha convertido en un objetivo en sí mismo para muchas personas, e incluso para algunos Estados (como Dinamarca, donde el ex-Primer Ministro implementó una serie de políticas públicas para que cada uno de los ciudadanos daneses pudieran vivir cuatro años y medio más), aparentemente sin tener en cuenta la calidad de los años adicionales que uno vive, o los medios que deben aplicarse para alcanzar el objetivo de vivir más años. Una vez más, no hay nada malo en vivir más, como tampoco lo hay en hacer más y sentirse mejor, pero parece depender de lo que uno haga si lo hace más, por qué uno se siente mejor y cómo vive. La lógica puramente cuantitativa que está en juego en el eslogan de GlaxoSmithKline es una lógica muy general en la sociedad contemporánea que corre el riesgo de ignorar los valores y las distinciones cualitativas entre las distintas formas de hacer, sentir y vivir.

El sujeto de la psiquiatría y su yo cuantificado

Se puede argumentar que es esta lógica cuantitativa la que actúa en general en las culturas del diagnóstico contemporáneas. En particular, como hemos visto, los manuales de diagnóstico contemporáneos se construyen en torno a ciertos supuestos clave sobre la enfermedad mental: que existe una frontera entre lo normal y lo enfermo, que hay enfermedades mentales diferenciadas y que la psiquiatría debe concentrarse principalmente en los aspectos biológicos de la enfermedad mental (Angel, 2012: 8). En capítulos anteriores, he escrito sobre la revolución que tuvo lugar en la psiquiatría alrededor de 1980 con la creación del DSM-III, que sustituyó la antigua comprensión etiológica de la enfermedad mental por una comprensión puramente diagnóstica, basada en los síntomas reales dentro de un período de tiempo determinado (Horwitz, 2002). Como hemos visto, antes del DSM-III, el diagnóstico se formulaba sobre el trasfondo de la biografía del paciente y sus experiencias, acciones y relaciones, y los

psiquiatras solían emplear cierta terminología teórica al describir al paciente, normalmente extraída del psicoanálisis. Por desgracia, esta práctica diagnóstica era bastante poco fiable, lo que provocó el cambio al enfoque diagnóstico del DSM-III y posteriores, el más reciente DSM-5 (a partir de mayo de 2013). Ahora, se formula un diagnóstico si el paciente presenta al menos x número de síntomas de una lista determinada en y semanas o meses (dependiendo de la categoría diagnóstica específica). En otras palabras, el proceso diagnóstico se ha desplazado hacia una lógica cuantitativa de recuento. Un trastorno se enmarca en el recuento de síntomas y no principalmente en la comprensión cualitativa de la persona y sus problemas vitales dentro de contextos y relaciones particulares.

El vocabulario psiquiátrico del DSM en particular ha viajado ampliamente fuera de los círculos médicos y psiquiátricos, y se ha inscrito en la comprensión cotidiana de la gente sobre el sufrimiento y la angustia. Como he argumentado siguiendo a Pickersgill, el DSM opera ahora como un «tejido conectivo» para muchos grupos diferentes con un interés en la psiquiatría (Pickersgill, 2012, 331). Armstrong (1995) ha estudiado cómo la medicina en general se ha desarrollado históricamente en lo que él llama «medicina de vigilancia» contemporánea, que funciona dirigiéndose a todo el mundo a través de exámenes, encuestas, y adoptando un enfoque en los factores de riesgo, y una problematización de lo normal. Ahora todo el mundo puede autodiagnosticarse cuantitativamente haciendo pruebas en revistas, con literatura de autoayuda o a través de una búsqueda en internet. O también podemos recibir un diagnóstico si participamos en alguno de los estudios epidemiológicos a gran escala que demuestran que, en un año cualquiera, más de un tercio de la población europea podría ser diagnosticada de un trastorno mental o cerebral (Wittchen, Jacobi y Rehm, 2011). Una vez más, esto se hace mediante el recuento y la cuantificación, y no mediante interpretaciones cualitativas de las situaciones vitales de las personas.

En resumen: el lenguaje psiquiátrico y sus categorías diagnósticas se han vuelto más importantes que nunca para nuestra autocomprensión. Utilizamos estos términos para comprender los comportamientos, las reacciones y las emociones de nosotros mismos y de los demás y, por medio de diversos efectos en bucle, como ha subrayado Hacking (1995b), podemos convertirnos en sujetos psiquiátricos, y no solo en sujetos psiquiátricos, sino en sujetos psiquiátricos diagnósticos. Nos convertimos en personas que entendemos nuestros problemas y aflicciones con referencia a medidas cuantitativas. El sujeto psiquiátrico emerge hoy como un yo cuantificado, y a menudo como un yo autocuantificable,

con pacientes dispuestos a someterse a este tipo de lógica. Este es el resultado de un largo proceso histórico dentro de las ciencias de la psique, en particular la psicología, como veremos a continuación.

De las herramientas cuantitativas a las teorías del sujeto: ontologizar los procesos

La subjetividad humana se ve afectada de muchas maneras por las prácticas y los discursos que están disponibles en una cultura determinada. Esta idea constituye el núcleo del análisis de Hacking sobre los efectos bucle y es una premisa de la investigación de este libro sobre cómo las culturas del diagnóstico influyen en sus participantes culturales (y viceversa). Hay una forma específica en que pueden producirse los efectos bucle, que se ha descrito como el paso «de las herramientas a las teorías», lo que es especialmente relevante si se quiere entender cómo las medidas cuantitativas llegan a influir en las subjetividades que pretenden abordar.

En la obra clásica de Danziger sobre la constitución del objeto de estudio de la psicología (Danziger, 1990) (que también encontramos en el capítulo 2 sobre los diagnósticos como objetos epistémicos), sostenía que un objeto de estudio que se creó inicialmente en condiciones experimentales en los laboratorios psicológicos se ha exportado desde entonces al resto del mundo. Esto significa que fueron los propios métodos de la psicología —experimentos y pruebas— los que llevaron a los psicólogos a concebir nuevos modelos de seres humanos, que volvieron a formar parte de la autocomprensión de estos. Danziger ha argumentado que los sujetos estudiados por los psicólogos llegaron a verse a sí mismos en los términos de los métodos de investigación de los psicólogos. Los métodos cuantitativos de la psicología fueron «ontologizados», por usar un término técnico, es decir, leídos dentro de la estructura de la materia que estaban destinados a investigar (véase Brinkmann, 2011a, en el que se basan las siguientes secciones). Para entender esto, y entender cómo ha ocurrido un proceso similar más recientemente con respecto a los diagnósticos psiquiátricos, podría ser útil echar un vistazo a la prueba cuantitativa y a cómo se desarrolló

históricamente.

Francis Galton fue la figura principal detrás de la institucionalización de las pruebas en Gran Bretaña. En 1884 empezó a cobrar tres peniques a cada persona que acudía a su laboratorio para someterse a una prueba («medición»), y se presentaron más de 9.000 personas. Sin embargo, como señala Danziger, al idear su «medición antropométrica», Galton no estaba interesado en una ganancia económica, sino en cómo los datos podían ser útiles en su programa de eugenesia (Danziger, 1990, 56). Galton fue uno de los principales arquitectos del «racismo científico» del siglo

xix

(Richards, 1996, 164) y estaba muy interesado en la planificación social práctica. Las pruebas mentales galtonianas pasaron más tarde a formar parte de la vida escolar en forma de exámenes con base científica (109) y se introdujeron en clínicas, fábricas y el ejército (Rose, 1999).

Una cuestión básica que se desprende de la historia del sujeto en la psicología de Danziger es que, desde principios del siglo

xx

, la psicología se convirtió en una ciencia aplicada, y de gran éxito, que se implicó en la constitución de sus objetos de estudio. Sus aspectos aplicados condujeron gradualmente a una psicologización de la sociedad. Las prácticas psicológicas no se extendieron debido a una comprensión teórica de cómo es la mente, sino que fueron sus métodos de investigación específicos los que hicieron que todo el mundo se viera a sí mismo a imagen y semejanza de la psicología, lo que condujo a la ontologización de los métodos cuantitativos.

Este proceso de ontologización ocurre con frecuencia cuando la psicología encuentra una identidad entre sus medidas y los objetos investigados. Las categorías de estímulo y respuesta representan un ejemplo instructivo (Danziger, 1996: 21). El estímulo y la respuesta son inteligibles y comunes como unidades de medida en psicología, pero los psicólogos tienen que trabajar mucho para cristalizar dichas unidades en prácticas experimentales. Ni nuestras experiencias fenomenológicas ni nuestra corriente de conducta vienen prefiguradas y ordenadas de forma nítida y discreta en estas unidades. No están «dadas» en la naturaleza para que podamos recogerlas. Imaginar y organizar las vidas humanas

en términos de estímulos y respuestas exige un entorno experimental muy restringido, pero, como señala Danziger, «los estímulos y las respuestas siempre se han discutido como si fueran características del mundo objetivo y no artefactos del procedimiento psicológico» (21). Estas unidades, producidas y empleadas por los psicólogos, se identificaron entonces con los «componentes últimos de la realidad» (21), de forma que cuando los seres humanos empiezan a interpretar su propio comportamiento, y el de los demás, a la luz de lo que la psicología les dice que son los componentes últimos de la realidad psicológica, ya hemos cerrado el círculo en el proceso por el que se ontologizan los métodos.

Las investigaciones modernas de la vida mental (psicología y psiquiatría) comenzaron su vida con un objeto de investigación heredado de una determinada tradición cultural y filosófica (Danziger, 1996), y a partir de ahí, la psicología siguió adelante:

con la aplicación de determinados procedimientos de experimentación y cuantificación al estudio del objeto preexistente. Pero, una vez institucionalizado el aparato disciplinario de investigación, surgió la posibilidad de permitir que fuera este aparato, y no la tradición, el que definiera los objetos de la ciencia psicológica (Danziger, 1996: 22).

A menudo, los procedimientos llegaron a dictar las formulaciones teóricas y no al revés (Danziger, 1996). El ejemplo más claro de que la psicología ha identificado sus métodos con sus objetos (ontologizando los métodos) se encuentra en la estadística, que también desempeña un enorme papel en los actuales programas epidemiológicos de cribado e intervención, en los ensayos controlados aleatorios y en muchas otras prácticas médicas y psicológicas. La estadística surgió originalmente, como atestigua su nombre, como una «ciencia de Estado» (Rose, 1996, 111), como una tecnología destinada a recopilar información sobre la población de los Estados para poder gobernarlos. Hacking (1990) ha argumentado que, en el siglo

xix

, con el desarrollo de las herramientas estadísticas (debido en gran parte a

psicólogos como Galton y Spearman), se extendió la creencia de que las leyes estadísticas expresaban leyes reales inherentes a la vida social. Ya no se entendía que las leyes estadísticas expresaban simplemente acontecimientos deterministas subyacentes, pues «la regularidad estadística subyacía a la variabilidad aparentemente desordenada de los fenómenos» (Rose, 1996, 112). La estadística se ontologizó: el propio mundo se consideró ordenado estadísticamente.

Esta idea también ha sido analizada por Gerd Gigerenzer en una investigación sobre cómo los descubrimientos psicológicos dependen de los métodos de los psicólogos para justificar sus afirmaciones sobre el conocimiento (Gigerenzer, 1996). El análisis de Gigerenzer demuestra que «las herramientas de justificación de los científicos proporcionan las metáforas y los conceptos para sus teorías» (36) y que «el descubrimiento se inspira en la justificación» (46). En psicología, el papel de las herramientas estadísticas fue muy importante en este sentido: «Tras la institucionalización de la estadística inferencial, una amplia gama de procesos cognitivos, conscientes e inconscientes, elementales y complejos, fue reinterpretada como si implicara una “estadística intuitiva”» (39). Las teorías psicológicas de la mente se formularon inspirándose claramente en los nuevos métodos y herramientas de los análisis de datos, más que en nuevos datos (38). Con la llegada de la estadística, la propia mente del ser humano se estaba enmarcando como un ente estadístico.

Ya en la década de 1940, Egon Brunswik había afirmado que las personas son estadísticos intuitivos (Smith, 1997: 838). Más tarde, el ordenador también se convirtió en una herramienta extremadamente importante que inspiró teorías cognitivas generalizadas sobre la mente. De este modo, los algoritmos y las operaciones del ordenador se ontologizaron. La visión de los humanos como máquinas probabilísticas de elección racional —el homo economicus— también debe mucho a la invención de la estadística. Desde este punto de vista, las herramientas metodológicas de los psicólogos no son neutrales, porque la mente se recrea continuamente a su imagen (Gigerenzer, 1996: 55), y el punto de vista estadístico de la psicología se ha acercado en ocasiones a la hegemonía científica. Danziger lo resume así:

Cuanto más rígidamente se imponían las exigencias de una metodología estadística concreta, más eficazmente se eliminaban de la consideración las ideas que no encajaban en el modelo subyacente. Esas ideas tenían que traducirse

primero a un lenguaje teórico que se ajustara al modelo imperante antes de que pudieran considerarse seriamente. En otras palabras, había que destriparlas hasta el punto de que ya no constituyeran una amenaza para el sistema dominante de ideas preconcebidas que guiaban las prácticas de la investigación. La etapa final de este proceso se alcanzó cuando los modelos estadísticos en los que los psicólogos habían basado su propia práctica se duplicaron en sus teorías sobre la cognición humana en general (Danziger, 1990, 155).

Cuando se hizo evidente que el objeto de la investigación psicológica —la mente misma— funciona estadísticamente, se hizo algo completamente razonable concentrarse en este método a la hora de hacer ciencia psicológica. Métodos y teorías se confirman mutuamente de forma circular. Se trata del vínculo que va «de las herramientas a las teorías», que cierra el círculo cuando es asumido por los sujetos en procesos de efectos bucle. Ya en 1955, más del 80 % de los artículos experimentales publicados en revistas científicas utilizaban la estadística inferencial como medio de legitimación (Smith, 1997, 838). El método experimental de razonamiento, en forma de estadística, se había introducido profundamente en los sujetos humanos, que ahora se presentaban ellos mismos como estadísticos. Esto también contribuyó en gran medida a desarrollar la imagen de los seres humanos como criaturas impulsadas por poderes causales más que como agentes capaces de actuar por razones morales significativas (que es la visión de la mente articulada en el capítulo 1 de este libro). Las máquinas de elección racional pueden calcular la forma óptima de alcanzar sus objetivos, pero parecen incapaces de juzgar si merece la pena esforzarse por alcanzarlos. Una mente descrita como una máquina funciona mecánica y causalmente, pero nunca normativa y moralmente.

Toda esta historia es un ejemplo de cómo una visión cuantitativa de los seres humanos se convierte en un espejo de sí mismos que empiezan a constituirse como tales a escalas macroculturales. Es un efecto bucle de los tipos humanos, o una macro ontologización de los métodos científicos cuantitativos. Si es cierto, como he argumentado, que el vocabulario del diagnóstico psiquiátrico se está convirtiendo en un lenguaje del sufrimiento muy poderoso, entonces su enfoque cuantitativo y libre de contexto (por tanto, literalmente carente de significado) corre el riesgo de moldear a los sujetos humanos a su imagen. La aplicación —incluida la autoaplicación de tecnologías (entre ellas las numerosas tecnologías cuantitativas) «transforma lo que es ser humano», como dicen Lock y Nguyen

(Lock y Nguyen, 2010). El resultado podría ser un cierto tipo de profecía autocumplida, por la que el sufrimiento propio pierde sentido debido a las perspectivas cuantitativas que se adoptan sobre él. Esta afirmación parece encajar perfectamente con las macrotendencias sociales y su énfasis en lo calculable, que algunos denominan «culturas de auditoría» (Strathern, 2000). Las culturas del diagnóstico están profundamente imbricadas con las actuales culturas de auditoría en las sociedades del bienestar, reduciendo a lo calculable el sufrimiento y todo tipo de problemas humanos.

Los diagnósticos como anclas en un mundo líquido

Anteriormente en este libro he intentado describir y analizar diferentes funciones que los diagnósticos psiquiátricos tienen en la vida de los individuos. Ahora sugeriré que, en relación con la sociedad en su conjunto, los diagnósticos pueden verse metafóricamente como anclas que, de algún modo, prometen solidificar las experiencias de sufrimiento de las personas en una situación cultural que Bauman ha descrito como «modernidad líquida» (Bauman, 2007). Los números y la cuantificación parecen contribuir a la impresión de solidez.

En los tiempos líquidos de hoy en día, los problemas de la gente rara vez tienen que ver con «liberarse» de las normas (que se experimentan como líquidas en primer lugar), sino más bien con «ponerse al día» con los desarrollos que se experimentan como en constante expansión. Quizás esto pueda explicarse a través de una anécdota (relatada en Brinkmann, 2013b): hace poco escuché en la radio una entrevista a una experimentada sexóloga, en la que decía que la gente solía acudir a su consulta porque tenían demasiado deseo y pulsión sexual, algo que consideraban problemático y posiblemente incluso patológico. Ahora, dijo a los oyentes, esto ha cambiado, y la gente en general acude a su consulta porque tiene demasiado poco deseo sexual. Aunque se trata solo de una anécdota, creo que ilustra un cambio fundamental en nuestra concepción de los problemas humanos: desear demasiado en una sociedad de prohibiciones ya no es la principal dificultad de la gente, sino desear demasiado poco en una sociedad de excesos.

Esto es lo que Bauman ha tratado de precisar en sus escritos sobre lo que denomina «modernidad líquida». En tales condiciones, en su opinión, asistimos a un cambio fundamental en las fuentes del sufrimiento humano. Nuestros problemas y trastornos solían originarse en una profusión de prohibiciones, pero en la actualidad tienden a crecer a partir de un exceso de posibilidades. En términos sencillos, esto significa que la afirmación «he hecho algo malo» se sustituye por «no puedo ponerme al día» como explicación fundamental de la angustia humana. En palabras de Bauman, la consecuencia es:

(...) que la depresión provocada por el terror a ser inadecuado remplace a la neurosis causada por el horror a la culpa (es decir, horror a la acusación de inadaptación por haber transgredido las reglas) como dolencia psicológica más característica y difundida de la sociedad de consumidores (Bauman, 2007: 130).

Cada vez nos orientamos más según la antinomia de lo posible y lo imposible que según la antinomia de lo permitido y lo prohibido. Esto no significa que las normas como tales desaparezcan y que de repente «todo» esté permitido. Más bien significa que algunas de nuestras normas más importantes en la sociedad se orientan hacia el rendimiento y el futuro de una manera nueva. «¡Tienes que hacerlo!» se convierte en una exigencia más omnipresente que «¡No puedes hacerlo!». Se podría decir que ya no está permitido no hacer lo posible, no estar a la altura de los propios «potenciales», no realizar el verdadero yo, etc. (Petersen, 2011). La autorrealización y los movimientos del potencial humano se han democratizado, y ya no son el privilegio de una pequeña élite. La autorrealización se ha convertido en un deber, una exigencia de las masas que está centralmente implicada en la reproducción de la sociedad capitalista moderna tardía (Honneth, 2004). La marginación ya no se deriva únicamente de la transgresión de las normas, sino —por decirlo paradójicamente— de la incapacidad de transgredir, desarrollarse y estar constantemente en movimiento. Como indica el ejemplo de la sexología, el problema ya no es el exceso de deseo, sino la falta de deseo. En consonancia con estas transformaciones, vemos que los lenguajes funcionales, e incluso de gestión, están sustituyendo a los lenguajes morales a la hora de entender la miseria humana. El sufrimiento rara vez se percibe ahora como una reacción moral significativa a los acontecimientos, sino que se convierte en una disfunción mental, una señal de

que no se ha estado a la altura de las exigencias del cambio, la flexibilidad y el deseo constante. Como han argumentado muchos analistas sociales de la actual «era de la depresión», la falta de deseo es un síntoma clave de enfermedad en una cultura que valoriza el desarrollo y la autorrealización por encima de todo (Petersen, 2011). En una «sociedad de consumidores» (Bauman, 2007), es fácil considerar que uno padece una u otra patología si no tiene el deseo o la voluntad de consumir, desarrollar y comprometerse con el aprendizaje permanente.

Los seres humanos siempre han experimentado diversos tipos de sufrimiento, y siempre han intentado comprender su sufrimiento mediante algún tipo de sistema de significado. Esto fue lo que intenté analizar en el capítulo 2 con la noción de «lenguajes del sufrimiento». Pero cuando los sistemas de significado se licúan, junto con la transformación de la sociedad en modernidad líquida, los seres humanos empiezan a buscar nuevas formas de anclar sus experiencias de sufrimiento, lo que sugiero que está ocurriendo ahora haciendo referencia al sistema de diagnóstico y a los diferentes intentos de cuantificar el sufrimiento mediante pruebas diagnósticas, aplicaciones y literatura de autoayuda. Esto fue lo que impulsó el cambio al DSM-III en 1980: el deseo de crear un sistema más fiable y sólido que no dependiera de las diferentes valoraciones cualitativas de los responsables de los diagnósticos. Sin embargo, como también he intentado mostrar, los individuos diagnosticados tienen cierta tendencia a asumir la identidad que les ofrece el sistema de diagnóstico, que, en sus nuevas formas, significa un sistema cuantificado. Esto conduce a un yo cuantificable en un proceso de efecto bucle.

Este proceso ocurre no solo a nivel individual, cuando las personas son diagnosticadas por médicos de cabecera o psiquiatras tomando como base diferentes pruebas numéricas, o cuando monitorean su salud mental mediante el uso de aplicaciones de teléfonos inteligentes. Como han demostrado Nielsen y Grøn, también ocurre a nivel colectivo o institucional en los programas de educación sanitaria (Nielsen y Grøn, 2013). Nielsen y Grøn han llevado a cabo un trabajo de campo etnográfico en seis programas diferentes de educación para la salud, que están dentro de los campos somáticos, pero el enfoque en el uso de los números y la autoevaluación justifica la facultad de la psiquiatría para hacer generalizaciones. Del trabajo de campo se desprende que «no solo los profesionales de la salud, sino también los legos, incorporan [una] comprensión cuantitativa del cuerpo cuando utilizan diferentes dispositivos para medir y hacer un seguimiento de su salud» (62). La participación en las escuelas de pacientes se basa en los números (en un sentido diagnóstico), y el uso de escalas en

particular se convierte en una forma de «evaluar, prestar atención y dar voz a las sensaciones corporales» (66). De este modo, la experiencia subjetiva y el conocimiento biomédico se vinculan, aunque de un modo que también afecta la percepción que las personas tienen de sí mismas: «El uso de escalas ofrece un lenguaje y puede entenderse como un intento de capturar un campo extraño entre los números y la experiencia, entre la biomedicina y la fenomenología, entre el cuerpo objetivo y el subjetivo» (67). Así pues, los números se utilizan como dispositivos de inscripción que no solo son medios a través de los cuales los individuos pueden conocerse a sí mismos, sino que también son mediadores que transforman aquello de lo que se ocupan. Se inscriben en un sujeto, que es un participante activo en este tipo de autoinscripción, pero al mismo tiempo están implicados en la creación de una identidad cuantificada, que es una práctica esencial a través de la cual se crea la subjetividad psiquiátrica en el siglo

xxi

Un yo de distinciones cualitativas

Si este análisis es válido, ¿debería ser motivo de alarma? ¿Qué hay de malo en ser transformado en un objeto de estudio como un yo cuantificado? La respuesta que dan Charles Taylor y otros, y que me parece muy persuasiva, es que se pierde algo crucial sobre la subjetividad humana si pasamos por alto las dimensiones cualitativas de la existencia e interpretamos nuestras aflicciones en términos puramente cuantitativos. Al escribir sobre la crisis de las ciencias europeas, Edmund Husserl, el fundador de la fenomenología, lo expresó así, con una sensibilidad temprana hacia lo que Hacking denominaría décadas más tarde los efectos bucle de los tipos humanos: «Meras ciencias de hechos hacen meros seres humanos de hechos» (Husserl, 2008: 54). Las cantidades y los hechos están relacionados, como lo están las cualidades y los valores, así que, si simplificamos, podemos decir que una psiquiatría meramente de hechos hace sujetos meramente cuantitativos.

El argumento de Charles Taylor, al menos desde principios de la década de 1980 y que culminó en *Las fuentes del yo* (1996), es que nuestra identidad, nuestro sentido de quiénes somos, está inextricablemente «ligado a la postura que adoptamos ante las cuestiones que nos preocupan, y para ello necesitamos puntos de orientación, los puntos de referencia que nos proporcionan los marcos de contraste cualitativo», por citar a su exégeta, Nicholas Smith (Smith, 2002: 97; cursivas mías). Dichos marcos se nos dan para que los descubramos y articulemos, porque no son algo que elijamos libremente. Estos marcos se basan en tradiciones y comunidades, en prácticas compartidas, instituciones y el imaginario social, y no en la elección personal o la autorreflexión privada. Según Taylor, presuponemos marcos de contrastes cualitativos en nuestra vida cotidiana cuando nos explicamos a los demás. Cuando damos cuenta de nuestras acciones, ofrecemos descripciones y justificaciones a la luz de nuestros motivos en la situación e intentamos demostrar que esta justifica que actuemos de una determinada manera. A veces nos explicamos a la luz de nuestros deseos y preferencias (preguntándonos: «¿qué es lo que más quiero?»), que es lo que Taylor (1985) denomina «evaluación débil», en la que simplemente sopesamos nuestros deseos y determinamos cuál es cuantitativamente el más fuerte. Pero si el modelo cuantitativo de la evaluación débil fuera el único modelo al que recurriera una persona para deliberar y explicarse, nos encontraríamos con que esa persona llevaría una vida extremadamente empobrecida e inhumana. Lo único que podría hacer sería actuar en cada momento según su deseo más fuerte. Una persona así nunca podría articular una razón genuina para sus acciones, ya que no podría referirse a ningún marco moral; todo lo que podría decir sería que hizo algo porque su deseo más fuerte la llevó a hacerlo. En ese sentido, solo podría referirse a causas y no a razones. Si actuar significa actuar por una razón, un individuo así no podría actuar en absoluto. Sería un «yo cuantificado», que estaría empujado por la fuerza más poderosa, pero sería incapaz de actuar por una razón.

Un elemento central de la teoría tayloriana de la agencia es la observación de que, como personas, no solo tenemos deseos, sino también deseos de segundo orden (es decir, deseos sobre qué deseos tener), es decir, que tenemos la capacidad de evaluar nuestros deseos, pero ¿a la luz de qué? Si solo pudiéramos evaluar los deseos a la luz de otros deseos, estaríamos atrapados en la lógica cuantitativa, y se trataría simplemente de determinar qué deseo es el más fuerte. Entonces, nunca podríamos tener una razón para cambiar nuestros deseos, y esto va en contra de nuestra experiencia moral cotidiana, en la que, de hecho, a menudo nos preocupamos por cambiar nuestros deseos por razones morales, y

no solo porque otros deseos sean cuantitativamente más fuertes. Taylor introduce aquí su famosa noción de «evaluación fuerte». La evaluación fuerte se produce «cuando los bienes putativamente identificados no son vistos como constituidos como buenos por el hecho de que los deseemos, sino que son vistos como normativos para el deseo» (Taylor, 1981: 193). En la evaluación fuerte nos preocupa el valor cualitativo de nuestras motivaciones, deseos y modos de vida. ¿Es deseable lo que queremos? Aquí no importa la fuerza de nuestros deseos, sino si merece la pena desear lo que deseamos. Lo que Taylor quiere decir es que no podemos prescindir de un vocabulario cualitativo que se refiera a los marcos morales en los que vivimos nuestras vidas, si queremos ser agentes auténticos con algún tipo de identidad (Taylor, 1989). En relación con las culturas del diagnóstico, puede decirse que su argumento implica que no podemos comprender plenamente el sufrimiento humano abstrayéndonos de un vocabulario cualitativo y unos marcos morales. Sin estos, el sufrimiento se derrumba en entidades sin sentido que pueden medirse y contarse (como en los sistemas de diagnóstico), pero sin referencia al contexto real en que las personas sufren. La idea de Taylor de la evaluación fuerte representa una versión de lo que los psicólogos culturales llaman «mediación semiótica» (Valsiner, 2007): un proceso a través del cual las personas crean distancia de sus preferencias y tendencias en el aquí y ahora por medio de signos y símbolos para poder actuar, con el objetivo de evaluar estas preferencias y tendencias a la luz de los valores, incluidos los valores morales. Como personas humanas, somos criaturas que no solo nos relacionamos con el mundo como también lo hacen otros animales, sino que también somos capaces de relacionarnos con cómo nos relacionamos con el mundo, que fue también la famosa definición de Kierkegaard del yo, expuesta en *La enfermedad mortal* (Kierkegaard, 1849).

Se puede decir mucho más sobre la teoría de Taylor de que el yo navega dentro de un espacio moral de distinciones cualitativas, y que se orienta en términos de lo que siempre es importante (véase Brinkmann, 2008). Aquí, sin embargo, se trata simplemente de esbozar el contraste entre la idea de que el yo o nuestra identidad se define por ese tipo de compromisos cualitativos (y morales) y la idea diagnóstica de un yo cuantificado. El eslogan de GlaxoSmithKline no es más que una radicalización del yo cuantificado que pretende hacer más, sentirse mejor y vivir más, independientemente del valor cualitativo de hacerlo.

La acusación contra los diagnósticos actuales —que diagnósticos como la depresión y la ansiedad conducen al colapso de la distinción entre el sufrimiento humano normal y el trastorno mental— puede relacionarse con el debate sobre el

yo cuantificado, ya que si el trastorno mental se aborda en términos puramente cuantitativos, literalmente contando síntomas, entonces resulta difícil, a veces imposible, distinguir entre, por ejemplo, el agónico sentimiento de culpa de una persona tras haber hecho algo malo (que puede dar lugar a «síntomas» como pérdida de peso, trastornos del sueño y pensamientos automáticos negativos sobre uno mismo) y la depresión clínica: si hay suficientes síntomas, la enfermedad se considera depresión. Que alguien sufra culpa solo puede reconocerse mediante la comprensión de los significados cualitativos de la persona en una situación dada. Esto, por supuesto, puede ser un problema existencial muy significativo en la vida de una persona, pero no es lo mismo que decir que se trata de un trastorno mental. Einstein dijo supuestamente que no todo lo que se puede contar es lo que cuenta y no todo lo que cuenta es lo que se puede contar. El enfoque cuantitativo ante el sujeto y su vida, institucionalizado en muchas partes de la psiquiatría y del Estado del bienestar, y que está mediado por numerosas tecnologías cuantitativas, puede llevarnos a desatender aquellos aspectos importantes del sufrimiento humano que no se pueden contar, o a malinterpretarlos cuando empezamos a contarlos, dando lugar, por ejemplo, a diagnosticar un caso de culpa existencial como depresión clínica. Contar y cuantificar tienen muchas virtudes, pero es posible que se presenten como una patología social casi obsesivo-compulsiva en sí misma que puede, a su vez, tristemente, crear hombres y mujeres solo con hechos cuantificables.

Conclusiones

Basándome en un relato histórico de la aparición de las prácticas de investigación cuantitativa en la psicología y en otras disciplinas afines, en este capítulo he argumentado que los seres humanos han llegado a comprenderse a sí mismos cada vez más a la luz de medidas cuantitativas. Progresivamente nos relacionamos más con nosotros mismos en términos cuantitativos, y esto es algo, he defendido, que también encontramos en un plano macrosociológico con el auge de las culturas de la auditoría y la mentalidad de «haz más, siéntete mejor, vive más» encarnada en el eslogan de GlaxoSmithKline. Nuestras culturas del diagnóstico están hoy impregnadas de tecnologías de cuantificación, que no son medios neutrales de autoconocimiento y regulación, sino que median y co-

constituyen a los sujetos que miden. Bauman ha analizado la macrocultura contemporánea como modernidad líquida y, dadas estas condiciones culturales, resulta comprensible que las personas busquen anclajes que puedan estabilizar, al menos temporalmente, sus experiencias de sufrimiento e incertidumbre, y que los diagnósticos psiquiátricos se les aparezcan como tales anclajes. Sin embargo, el precio a pagar parece ser que seguir la lógica cuantitativa dificulta la comprensión de las características contextuales y relacionales que hacen que el sufrimiento tenga sentido. La mera ciencia basada en hechos produce a seres humanos solamente a partir de estos, como decía Husserl, de forma que los meros diagnósticos cuantitativos pueden dar lugar a meros sujetos cuantitativos.

11. Utilizo los conceptos de «yo» y « sujeto» («mismidad» y «subjetividad») indistintamente en este contexto.

6. Interpretar las epidemias

En este capítulo quiero presentar y discutir algunas de las interpretaciones más influyentes de la actual «epidemia» de trastornos mentales. Pongo «epidemias» entre comillas, porque una cuestión clave de este libro es que no está claro si el creciente número de personas diagnosticadas representa un crecimiento genuino de los problemas psiquiátricos o más bien una patologización de diversos problemas ordinarios de la vida humana. ¿Ha aumentado el número de enfermos debido a la sociedad moderna? ¿O siempre hemos tenido este tipo de enfermos entre nosotros, pero solo ahora somos capaces de detectarlos gracias a los avances científicos? ¿Son las grandes farmacéuticas las que fabrican los trastornos? Sostengo que estas interpretaciones pueden ser legítimas en algunos casos, pero que hay otras dos más significativas: una que se refiere a la «psiquiatrización» histórico-cultural del sufrimiento, y otra que hace hincapié en el cambio de las prácticas diagnósticas. Después de revisar estas interpretaciones, paso directamente al concepto de patologización y muestro cómo se presenta hoy en día de muchas formas (por ejemplo, como autopatologización, pero también como estigmatización), y sostengo que «la patologización de todo» es un gran problema por varias razones: sesga los recursos disponibles para el tratamiento, paradójicamente conduce a una mayor vulnerabilidad de las personas, individualiza rutinariamente los problemas sociales (lo que conduce a «soluciones» individualizadas, como pastillas o terapia) y estrecha nuestra autocomprensión. Para fundamentar el debate sobre las razones del creciente número de personas diagnosticadas, debemos comprender la naturaleza de los trastornos mentales y las patologías psiquiátricas. ¿En qué consisten desde el punto de vista de la psicología cultural? Esta cuestión se aborda en el capítulo siguiente.

Los trastornos mentales hoy: ¿epidemia o patologización?

Como hemos visto a lo largo de este libro, vivimos en una época y un lugar en los que el lenguaje psiquiátrico y sus categorías diagnósticas han cobrado más importancia que nunca para nuestra autocomprensión. Como argumenté en el capítulo 3, el vocabulario diagnóstico se ha convertido en nuestro «lenguaje del sufrimiento» preferido en muchos casos. Los diagnósticos se utilizan como mediadores semióticos para un gran número de propósitos, y palabras con significados específicos dentro de la disciplina psiquiátrica, como estrés, ansiedad, depresión y manía, han pasado a formar parte de nuestros vocabularios cotidianos. Podemos referirnos a esto como «expansión diagnóstica», un proceso que implica la aparición de varias culturas del diagnóstico, en las que la gente utiliza los términos diagnósticos por muchas razones diferentes y dentro de muchos tipos diferentes de prácticas sociales. Sin embargo, la expansión diagnóstica es algo más amplia. Se desarrolla en (al menos) tres fases. En primer lugar, es un hecho que hay más personas a las que se diagnostican problemas psiquiátricos que en el pasado. Por supuesto, hay algunos diagnósticos que quedan fuera de esta evolución, pero en el caso de muchos diagnósticos no psicóticos, como la depresión, la ansiedad y el TDAH, estamos asistiendo en nuestra época a un aumento significativo. En segundo lugar, muchos epidemiólogos afirmarían que debería diagnosticarse a mucha más gente de la que realmente se diagnostica. Existe una enorme brecha de tratamiento, como se la denomina, que a menudo indica que solo alrededor de la mitad de las personas (o incluso menos) que deberían ser diagnosticadas (porque tienen los síntomas) reciben su diagnóstico correspondiente (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004). Así pues, hay personas que enferman sin ser descubiertas, lo que —desde el punto de vista sanitario— es todo un escándalo. Imaginemos un hallazgo similar en la medicina somática, en relación con el cáncer, por ejemplo, donde sin duda sería motivo de alboroto.

En tercer lugar, como muchos críticos han argumentado de forma más general, existe un proceso cultural continuo de patologización, lo que significa que muchos rasgos y comportamientos que solían considerarse como problemas humanos normales (tristeza, melancolía, culpa, timidez, etc.) se conceptualizan ahora como trastornos mentales que pueden diagnosticarse y tratarse médica y terapéuticamente. Este es también un supuesto fundamental en este libro, y ya hemos visto anteriormente cómo los estudios epidemiológicos demuestran que más de una cuarta parte de todos los hombres y mujeres de la Unión Europea, por ejemplo, presentarán síntomas de, al menos, un trastorno psiquiátrico en el transcurso de tan solo un año (Wittchen y Jacobi, 2005). Estas cifras pueden interpretarse como una auténtica epidemia de depresión, ansiedad, fobia social,

etc., pero, en una interpretación alternativa y menos dramática (aunque quizá bastante más realista), puede ser testimonio de una patologización masiva de la vida humana, una ruptura de nuestras distinciones convencionales entre problemas de la vida y trastornos psiquiátricos. Un problema, según los críticos, no es solo que tantas partes —desde la industria biomédica hasta los psicoterapeutas— se beneficien de educar a los individuos en el arte de interpretar sus problemas a la luz de la medicina y la psicología (Kutchins y Kirk, 1997), sino también que esa patologización puede hacernos a todos más vulnerables al emplear cada vez con más fines el lenguaje diagnóstico del sufrimiento, que invita a todo el mundo a verse a sí mismo como víctima o paciente.

Rose (2006) ha intentado dar cuenta de la expansión diagnóstica con referencia a cinco hipótesis diferentes: (1) en realidad hay más trastornos mentales hoy en día que en épocas anteriores; (2) simplemente reconocemos mejor los diversos tipos de trastornos mentales que siempre han existido; (3) los psiquiatras actúan como empresarios que hacen campaña a favor de la expansión psiquiátrica; (4) la industria farmacéutica es la principal responsable de distorsionar nuestra percepción y tratamiento de los trastornos mentales; (5) se ha producido una psiquiatrización cultural general de los descontentos humanos.

Algunas de estas hipótesis se solapan parcialmente y otras son contradictorias. Inspirándome en esta lista, intentaré a continuación desarrollar estas hipótesis en interpretaciones viables, pero creo que los números (3) y (5) de la lista de Rose son en realidad aspectos de un mismo proceso, por lo que los he agrupado. Además, he creado una nueva categoría, que señala cómo cambió la psiquiatría diagnóstica a finales del siglo

xx

, que considero tan importante que merece una categoría explicativa o interpretativa propia. Debo decir que creo que todas las interpretaciones son legítimas, ya que en realidad se refieren a diferentes aspectos de nuestras culturas del diagnóstico. Juntas nos proporcionan una imagen casi completa, pero, si imaginamos la expansión diagnóstica como un rompecabezas, quizá podamos decir que no todas las interpretaciones nos dan el mismo número de piezas del rompecabezas.

La interpretación social: hay más enfermos mentales que antes

La primera interpretación da continuidad al capítulo anterior y a sus análisis de la modernidad, como el de Zygmunt Bauman, que hacen hincapié en la naturaleza fluida, acelerada e incierta de la existencia actual. Toda una industria del análisis cultural ha descrito «el malestar de la modernidad», como dijo en su día Charles Taylor (Taylor, 1991), demostrando de este modo cómo los seres humanos sufren a causa de los efectos del capitalismo, la urbanización, la secularización y la atomización. Esta crítica cultural es tan antigua como la sociología y las propias ciencias sociales. Recientemente, los críticos culturales han señalado a menudo los efectos del neoliberalismo, una forma de gubernamentalidad por la que el individuo se hace responsable de numerosas cosas en su vida, incluyendo, quizás, la angustia y el sufrimiento. Otros han argumentado que hemos desarrollado una sociedad rápida que se acelera constantemente (Rosa, 2003). En esta sociedad, las personas tienen que dedicarse al aprendizaje permanente y a una incesante auto-optimización y autorrealización, que ha adoptado una forma que Axel Honneth ha denominado «autorrealización organizada» (Honneth, 2004). Es entonces cuando la autorrealización ya no representa una lucha contra el sistema (el capitalismo, el patriarcado, etc.), que era la situación que se produjo en torno a los acontecimientos de 1968, sino que se ha transformado en una ideología que funciona para legitimar el sistema. En lo que Bauman llama modernidad sólida (que otros denominan sociedad industrial), las normas de vida se organizaban en torno a un conjunto de prohibiciones («¡no debes hacer esto o aquello!»). Una lucha contra el sistema implicaba, por tanto, una lucha por transgredir las prohibiciones. La siguiente fase de la modernidad líquida se organiza en torno a conjuntos de exigencias («¡debes hacer esto y aquello!»). Esto significa que las personas ya no desarrollan problemas cuando llegan a romper con las normas, sino cuando no están a la altura de las exigencias de flexibilidad y cambio.

Los modernos estados competitivos de una economía de consumo globalizada dependen de individuos fluidos y flexibles que están en constante movimiento. El análisis sociológico de los efectos de esta transformación cultural, sin embargo, a menudo mira el lado negativo y concluye, por ejemplo, que el creciente número de personas con depresión es el resultado de sentimientos

crónicos de estrés y de una presión para desarrollarse y realizarse (Petersen, 2011). La depresión, según esta visión, es una patología de la insuficiencia, y las sociedades en las que nunca se permite a la gente quedarse quieta podrían representar ciertos obstáculos para una vida sana y sostenible. En un comentario relacionado, Baroncelli (2015) ha argumentado en un análisis reciente que el orden del significado ha cambiado en las sociedades occidentales, notablemente empujado por el neoliberalismo y el encumbramiento del dinero (y el instrumentalismo más en general) como un Dios. Esto conduce en última instancia a la falta de sentido, lo que vuelve a todas las personas vulnerables a la depresión, ya que esta condición se caracteriza por el vacío y la pérdida de sentido. Como ha argumentado Rønberg (2014) en su estudio etnográfico sobre la depresión, las personas diagnosticadas a menudo expresan una actitud de falta de sentido, un sentimiento de «no tener futuro», como en la siguiente cita de uno de sus informantes: «No puedo imaginar el futuro. No tengo ninguna foto mía sentado con una familia. No me vienen imágenes a la cabeza cuando pienso en el futuro. Todo es blanco y negro. Ya no tengo brújula para navegar. Antes siempre la tenía. Ahora estoy cansada. No es porque tenga miedo a morir o algo así, sino por el futuro. (Michael, 38)». (1). Según la interpretación social de la ampliación del diagnóstico, es probable que Michael sea una víctima de la vida acelerada de la modernidad tardía y de su pérdida de sentido, y su incapacidad para formarse imágenes de su vida futura es un déficit importante en una cultura que valoriza el desarrollo y una actitud orientada hacia el futuro.

Aunque esta interpretación de la sociedad resuena en muchas personas, es difícil evaluar su alcance y validez. Por un lado, parece válido concluir que la sociedad ha experimentado considerables transformaciones fundamentales en los últimos 50 a 100 años, como han señalado decenas de historiadores y sociólogos. También parece probable que estas transformaciones, y no menos importante, su ritmo, hayan hecho a algunas personas más vulnerables y receptivas a diversas formas de psicopatología, pero, aun así, no creo que esta primera interpretación pueda sostenerse por sí sola, además de que viene acompañada de una serie de problemas. En primer lugar, está el problema del marco temporal: puede que sea cierto que si nos fijamos en las últimas décadas tengamos la impresión de que cada vez hay más personas que sufren trastornos relacionados con el estrés, la depresión, la ansiedad y el TDAH. Sin embargo, ¿qué ocurre si ampliamos el punto de vista y nos remontamos, digamos, 100, 200 o incluso 500 años atrás? Entonces resulta cada vez más imposible afirmar si el número de personas que sufrían trastornos mentales era mayor o menor. En cualquier caso, a menos que uno sea un pesimista cultural acérrimo, parece justo concluir que la vida ha

mejorado considerablemente para la mayoría de la gente en muchos aspectos diferentes, al menos en Occidente, durante los últimos 100 años, de forma que muy pocos de nosotros (incluida la mayoría de los críticos culturales) querríamos volver a las condiciones de vida que eran habituales antes de la Primera Guerra Mundial, por ejemplo.

El principal problema de esta primera interpretación se deriva del hecho de que simplemente no sabemos cuántas personas podrían considerarse con trastornos mentales si retrocediéramos más de unas pocas décadas. Entonces existían diferentes categorías psiquiátricas, diferentes pruebas diagnósticas (si las había) y diferentes tratamientos; de hecho existen algunos estudios sobre la depresión, por ejemplo, que parecen demostrar que no ha habido un aumento de la prevalencia. Murphy y sus colegas (2000) compararon estudios de 1952, 1970 y 1992 y no pudieron encontrar un aumento de la prevalencia de la depresión. Es muy difícil evaluar si la depresión y otras afecciones de este tipo se están generalizando o no, y esto es algo que suscita reservas sobre la primera interpretación. Horwitz y Wakefield han llegado a afirmar que los antropólogos y los sociólogos críticos, que están preocupados por la transformación de la sociedad, «han funcionado como “facilitadores” de las definiciones excesivamente inclusivas de trastorno de la psiquiatría» (2007: 194). Un veredicto justo podría ser que probablemente hay algo en las formas en que funciona la sociedad actual que provoca nuevas formas de sufrimiento, pero que es bastante especulativo concluir que estas formas de sufrimiento se explican mejor utilizando un vocabulario psiquiátrico-diagnóstico. Pueden aparecer nuevas experiencias de angustia como parte de una fenomenología del «no poder ponerse al día», pero aseverar si estas experiencias pueden representar condiciones psicopatológicas es una cuestión abierta.

La interpretación oficial: hemos mejorado en la identificación de los enfermos

La siguiente interpretación es en muchos aspectos complementaria de la primera, pero adolece de los mismos problemas, aunque de forma casi exactamente opuesta. Me refiero a ella como la «interpretación oficial», porque es la que a

muchos defensores de la psiquiatría les gustaría promover. A menudo oímos, sobre todo en relación con diagnósticos recientes como el TDAH (que no adquirió este nombre hasta 1987) que siempre ha habido niños (y probablemente también adultos) que han padecido esta afección, pero sin que nadie lo supiera, porque la categoría no existía y no había tratamientos ni pruebas disponibles. Si es problemático afirmar que ahora hay más gente que sufre de esta condición (porque no sabemos cuánta gente sufría trastornos mentales hace solo unas décadas), es igualmente problemático afirmar que siempre han estado ahí, pero sin que nadie lo supiera. Entonces, ¿por qué los psiquiatras cuentan habitualmente esta historia? La respuesta obvia es que retrata su disciplina, que por lo demás no ha logrado avances comparables a los de la medicina somática, como una auténtica ciencia acumulativa. Sin embargo, en la base de la «interpretación oficial» está la idea de que, al igual que la física o la química (o la fisiología, por señalar una disciplina más cercana a la psiquiatría), constantemente se añaden nuevos conocimientos a la base de conocimientos disponible, lo que significa que la disciplina merece reconocimiento, financiación y todo lo que se deriva de ello.

Al igual que la primera, esta interpretación es en cierto modo especulativa debido a la falta de datos fiables sobre el pasado, y además se basa en una premisa cuestionable: que «los trastornos mentales simplemente esperan a ser reconocidos por esquemas de diagnóstico adecuados», como ha dicho Rose (Rose, 2006, 475). Se trata de una especie de esencialismo fuerte que postula que los síntomas y los trastornos son los mismos en todas partes y que solo nuestras caracterizaciones conceptuales varían a través del tiempo y el lugar. Como intento demostrar en este libro (más directamente en el capítulo siguiente), se puede contar una historia mucho más convincente sobre el trastorno mental si se admite que tales fenómenos están constituidos por muchas fuerzas y actores diferentes, algunos de los cuales están relacionados con el cuerpo y el cerebro de la persona, mientras que otros están relacionados con las prácticas sociales y las categorías discursivas. En mi opinión, debemos tener cuidado con las descripciones simplistas y omnicomprensivas, por lo que, si bien parece plausible afirmar que un problema mental grave como la esquizofrenia —con síntomas relativamente bien definidos— es probablemente una entidad relativamente estable, y que también resultaba problemática para las personas antes de ser denominada como tal, al mismo tiempo debemos permanecer abiertos a la opinión de que otros trastornos son de otro tipo y podrían estar constituidos —en parte o incluso en su totalidad— por las categorías que les aplicamos. Esto es lo que Hacking ha descrito como «inventar a las personas»

(Hacking, 1986), a lo que me he referido en el capítulo 2.

Podemos concluir sobre esta segunda interpretación que podría ser apta para ciertos trastornos (probablemente muy pocos) como la esquizofrenia, pero para la mayoría de los trastornos, estamos tratando con fenómenos que responden mucho más a fuerzas culturales y a prácticas sociales, y que no tienen una esencia inmutable a través del tiempo y el lugar en que, finalmente, hemos llegado a encuadrarlos con precisión en nuestro vocabulario diagnóstico actual. La segunda interpretación también tiene el problema más inmediato de que muchos de los diagnósticos y pruebas actuales parecen «excesivamente inclusivos» (Wakefield, 2010), lo que significa que puede que los psiquiatras no hayan identificado por fin a las personas que siempre han padecido trastornos, sino que más bien están planteando la falsa afirmación de que muchas personas con problemas humanos comunes padecen una enfermedad o trastorno mental.

La interpretación crítica: ¿hacia el «farmagedón»?

Esto nos lleva a la siguiente interpretación, más crítica que las anteriores. Esta tercera interpretación analiza el papel de la psicofarmacología. Hay (al menos) dos formas en las que se puede decir que la industria médica es responsable de la expansión del diagnóstico. Ya he mencionado la primera: la industria tiene interés no solo en vender fármacos que ayuden a aliviar los síntomas de las personas, sino también en «vender enfermedades» (Moynihan y Cassels, 2005). Si la industria consigue convencer a médicos y pacientes de que algo es un trastorno para el que tienen un remedio, entonces aparece un mercado en el que las empresas pueden vender sus fármacos. En EE. UU. ahora se permite a las empresas realizar publicidad directa al consumidor (método que se legalizó en 1997, siendo Nueva Zelanda el único otro país del mundo donde está permitido), donde los anuncios suelen terminar con el mensaje «¡Pregunte a su médico!», siempre que la persona afectada pueda reconocer los «síntomas» anunciados. Así pues, la industria es un poderoso agente en los procesos de patologización, no solo en Occidente, sino a escala mundial, como ha documentado recientemente Ethan Watters en su libro sobre la globalización de la psique estadounidense (Watters, 2010). Por ejemplo, la depresión en el sentido occidental (a la que

supuestamente pueden dirigirse los fármacos) no llegó a Japón hasta la década de 1990, porque existía un enorme mercado que aún no se había explotado. Esto representa una amenaza no solo para el derecho de las personas a no ser patologizadas, sino también para las «psiquiatrías populares» culturalmente arraigadas que se están extinguiendo o americanizando.

La otra forma en que la psicofarmacología está implicada en la expansión de los diagnósticos es aún más grave, lo que nos lleva al concepto de «farmagedón», articulado recientemente por David Healy (2012). Se trata de la afirmación de que los medicamentos tienen graves efectos iatrogénicos que, en no pocos casos, hacen que las personas enfermen más de lo que habrían estado sin ellos. Healy afirma que una cuarta parte de todas las muertes que se producen en los hospitales se deben a los efectos de los fármacos. Además, cada vez es más evidente que muchos medicamentos contra los síntomas psiquiátricos son bastante peligrosos. Algunos críticos de la industria argumentan que los fármacos podrían ser necesarios en los casos más graves de trastorno mental, cuando hablamos de las peores formas de depresión, por ejemplo, pero en casos menos graves podría ser difícil justificar el uso generalizado de fármacos como los antidepresivos. En aproximadamente la mitad de los estudios que se han llevado a cabo, los antidepresivos no resultan mejores que el placebo (77), y se estima que solo alrededor del diez por ciento de los pacientes tratados responden específicamente a los antidepresivos (83). Así, un número muy elevado de personas en el mundo occidental toma antidepresivos (por ejemplo, en Dinamarca, alrededor del ocho por ciento de la población consume antidepresivos a diario), y, sin embargo, en muchos casos es abrumadoramente probable que los únicos efectos de los fármacos sean placebo y efectos secundarios. Así pues, la vida de estas personas puede empeorar a causa de los fármacos, y esto también explica por qué alrededor de la mitad de los pacientes que inician un tratamiento con antidepresivos lo abandonan antes de que el programa de tratamiento haya llegado a su fin: los efectos secundarios se experimentan como algo peor que el trastorno.

Así pues, parece que lo que se necesita es una explicación sociológica del éxito de las grandes farmacéuticas, cuando el éxito médico real es bastante limitado, al menos en el caso de algunos de los medicamentos más recetados. Healy demuestra que los presupuestos de mercadotecnia de las grandes empresas del sector son superiores a sus presupuestos de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos. En una sociedad de consumo, la industria médica es un poderoso agente de venta de (promesas de) salud y bienestar. En una línea similar, en su

crítica a la industria farmacéutica, Whitaker (2010) plantea una pregunta fundamental y muy interesante: ¿cómo es posible que, desde mediados de la década de 1950, cuando se inventaron los primeros fármacos psicofarmacológicos, el número de personas que padecen un trastorno mental no haya hecho más que aumentar? Cabría esperar lo contrario: cuando se utilizan nuevas intervenciones médicas, el número de síntomas y problemas debería disminuir. A los defensores de los fármacos les gusta señalar el éxito que han tenido en el tratamiento de los trastornos mentales, lo que lleva a Whitaker a la siguiente observación:

Teniendo en cuenta este gran avance, cabría esperar que el número de enfermos mentales discapacitados per cápita en Estados Unidos hubiese disminuido en los últimos cincuenta años. [...] Sin embargo, durante ese periodo de revolución psicofarmacológica el número de enfermos mentales discapacitados en Estados Unidos se ha disparado (Whitaker, 2015: 5).

En el resto de su galardonado libro, Whitaker articula su propia respuesta, bastante inquietante, a esta paradoja: a través de la lectura de los principales estudios sobre los efectos a largo plazo de los fármacos psiquiátricos, sostiene que la causa se encuentra en las propias píldoras. En realidad, empeoran la vida de las personas. Como concluye Whitaker: «En gran parte, esta epidemia [del número de enfermos mentales discapacitados] es de tipo iatrogénico» (Whitaker, 2015: 208). Por lo tanto, es el resultado del trabajo de los médicos, en particular de los que representan a las disciplinas psiquiátricas (especialmente la psicofarmacología). El concepto de iatrogenia se remonta a Ivan Illich en la década de 1970, y sus análisis se han corroborado desde entonces hasta el punto de que ahora existen «pruebas epidemiológicas incontrovertibles de que los medicamentos recetados son una causa común de enfermedad y muerte» (Lock y Nguyen, 2010: 70).

Se trata de una conclusión bastante dramática que, por una parte, parece convincente debido a las decenas de estudios, incluidas las revisiones de Cochrane, que podrían ser utilizadas para apoyarla. Pero, por otro lado, también es probablemente cierto que la vida de muchas personas se ha salvado gracias a los fármacos que han tomado para aliviar diversos síntomas psiquiátricos. Tanto

los médicos como los pacientes son testigos de ello. En mi trabajo de campo con personas diagnosticadas con TDAH me han dicho muchas veces que la medicación ha cambiado sus vidas para bien. Así pues, parece que se trata de una cuestión habitual en las ciencias médicas, que implica un choque entre la lógica de la evidencia (que a menudo, pero no siempre, está en contra del uso de fármacos) y la lógica de la experiencia personal (en la que muchas personas, pero no todas, se benefician del uso de fármacos). Como ocurre con todas las formas de medicina, las pastillas funcionan de forma diferente en los distintos organismos, por lo que quizá no sorprenda que las personas reaccionen de forma diferente a los fármacos psiquiátricos que utilizan. ¿Quizás la solución sea más «medicina personalizada», o quizás la psiquiatría deba volver a estudiar cómo mejorar la vida de los que sufren a través de medios sociales y contextuales, en lugar de centrarse abrumadoramente en la psicofarmacología (aunque esta no siempre cure a la persona que sufre un trastorno?)

En cualquier caso, parece justo decir que el jurado sigue deliberando sobre el papel de las grandes farmacéuticas en la creación (y el alivio) del sufrimiento en los tiempos modernos. Lo que está claro, sin embargo, es que la posibilidad de un debate racional sobre estas cuestiones mejoraría mucho si la industria farmacéutica perdiera parte de su poder sobre las pruebas y la comercialización de nuevos medicamentos. El «problema del cajón de sastre», por ejemplo, es bien conocido: el problema de que los resultados negativos de los ensayos de medicamentos no se publiquen, porque la investigación la pagan las empresas. Saber a ciencia cierta cuántas personas —niños, adolescentes, adultos y ancianos— son tratadas con medicina psicofarmacológica en nuestras culturas del diagnóstico debería conducir a un mayor control sobre el funcionamiento de la industria médica. En conclusión, podemos afirmar razonablemente que la interpretación crítica de las grandes farmacéuticas nos proporciona algunas piezas del rompecabezas, pero que sin duda también hay otros factores en juego. Esto se deduce (entre otras razones) del simple hecho de que muchas de las afecciones psiquiátricas que hoy en día parecen ir en aumento (como los trastornos de la personalidad) no se tratan con fármacos, lo que significa que el efecto de la industria es, como mucho, indirecto en estos casos.

La interpretación histórico-cultural: una psiquiatrización de la condición humana

La siguiente interpretación es, por encima de todo, la que el presente libro se esfuerza en elaborar de distintas maneras. Su premisa es que el sufrimiento y la excentricidad humanos tienen que ser comprendidos de algún modo —por colectivos, pero sin duda también por los que sufren—, en el sentido de que los problemas y la angustia experimentados tienen que recibir una forma u otra. Para los seres humanos es doloroso sufrir, pero es aún más doloroso si no se puede dar sentido al propio sufrimiento, por lo que la gente busca los recursos interpretativos disponibles para atribuir algún tipo de significado a los problemas y la angustia experimentados. En el capítulo 3, conceptualicé estos recursos interpretativos como «lenguajes del sufrimiento», y posteriormente los he abordado como «mediadores semióticos» que las personas utilizan para comprender y afrontar sus problemas. El leitmotiv de este libro ha sido desarrollar el argumento de que muchos recursos interpretativos diferentes se han debilitado o incluso han desaparecido por completo en la época contemporánea: he señalado el eclipse de las interpretaciones religiosas, existenciales, morales y políticas del sufrimiento que solían desempeñar un papel mucho más importante, mientras que, al mismo tiempo, el vocabulario psiquiátrico-diagnóstico, y su conjunto de prácticas relacionadas, se han expandido enormemente. Hoy en día, parece justo concluir que esta conceptualización es la dominante e incluso, en algunos casos, hegemónica, segregando así otras formas de entender el dolor y la angustia.

Así, el desarrollo histórico-cultural de las sociedades modernas ha ido de la mano de una psiquiatrización del sufrimiento en concreto y de la condición humana en general. En este libro he abordado este fenómeno desde una perspectiva psicológica cultural, examinando cómo las personas pueden llegar a tener, ser y hacer sus sufrimientos de maneras que están informadas por los diagnósticos psiquiátricos y las prácticas sociales en las que estos diagnósticos tienen sentido. Otros han concebido el fenómeno en términos foucaultianos, según los cuales la psiquiatría se entiende como una tecnología del yo (Lock y Nguyen, 2010, 301). La psiquiatría y sus categorías no operan simplemente sobre un yo precultural y auténtico, sino que están implicadas en la propia constitución del yo (sufriente) como tal, un proceso que Foucault habría llamado «subjetivación» (Foucault, 1988; 1994). En ambas interpretaciones —la psicológica cultural y la foucaultiana—, la persona es vista como un participante activo en la formación de su yo, no, por supuesto, como el único agente relevante, sino como alguien que no es simplemente una víctima pasiva de

cualesquiera fuerzas (sociales, discursivas, etc.) que existan. Del mismo modo que la «cultura» —incluyendo lo que en este libro llamo culturas del diagnóstico— no es una variable causal que afecte a la persona desde el exterior, según los psicólogos culturales, para Foucault el poder no era una fuerza causal que simplemente golpea al sujeto desde el exterior. El poder, el conocimiento, la libertad y la ética están conectados desde la perspectiva de Foucault (donde hay poder, también hay libertad, por ejemplo, porque de lo contrario sería puro determinismo), por lo que esta afirmación de hecho acerca su enfoque al psicológico cultural.

Junto con Peter Musaeus, he intentado mostrar cómo una perspectiva psicológica cultural puede combinarse con una visión foucaultiana de las tecnologías del yo (Musaeus y Brinkmann, 2011). Nuestro estudio se centró en la terapia familiar y en cómo una familia se apropia de los recursos semióticos de sus sesiones de terapia y los emplea en su vida cotidiana. A través de entrevistas cualitativas (realizadas en los hogares de las familias por Peter Musaeus) descubrimos que los miembros de la familia incorporaron un lenguaje terapéutico y signos de la terapia en su regulación cotidiana de la acción y las emociones (por ejemplo, habían aprendido a decir «para» en voz alta para detener una escalada del conflicto, y esto lo hicieron durante la entrevista de una manera que apenas contribuyó a desescalar el conflicto). Así pues, había una semiosis (un proceso de signos) que operaba como tecnología del yo para constituir la dinámica familiar, y todo ello tenía sentido dentro de un marco establecido por lo que Rose denomina *psi*, que incluye la psiquiatría y la psicología (Rose, 1999). Este es un ejemplo de cómo los miembros de una familia llegan a comprender sus vidas y problemas a la luz de las ideas y prácticas psiquiátricas y psicológicas, y participan activamente en este proceso.

En conjunto, esta cuarta interpretación se centra en la amplia línea de desarrollo a través de la cual se han psiquiatrizado las sociedades modernas. Un gran número de problemas humanos se abordan ahora a través de una lente diagnóstica, de modo que muchas aflicciones se reformulan como trastornos mentales, con lo que se puede movilizar un sistema de tratamiento para intervenir en la vida de niños y adultos cuando se registra algún problema. Dado que esta interpretación histórico-cultural es bastante amplia, resulta difícil evaluar su alcance preciso y contar exactamente cuántas piezas aporta al rompecabezas de la expansión diagnóstica. Quizá sea mejor enfocarla como una especie de metarrelato en el que caben muchas otras interpretaciones. Se puede decir, por ejemplo, que es probable que sea la psiquiatrización de la vida lo que

posibilita nuevos descubrimientos en relación a los trastornos mentales (la segunda interpretación), y también es lo que legitima el uso generalizado de fármacos psiquiátricos (la tercera interpretación). Esta interpretación también puede verse en conjunción con la última que mencionaré, que hace hincapié en las formas en que han cambiado los tecnicismos de las prácticas diagnósticas, lo que en sí mismo contribuye enormemente a la expansión diagnóstica.

La interpretación innegable: el cambio de las prácticas de diagnosis

La quinta y última interpretación de la expansión de los diagnósticos también se ha tratado ya varias veces en este libro. Se centra en las formas en que han cambiado las prácticas de diagnosis, especialmente con la introducción del DSM-III en 1980. Dado que se trata de un hecho histórico innegable, me refiero a él (en tono irónico) como la «interpretación innegable». Antes del DSM-III, un psiquiatra sugería un diagnóstico basado en la historia y las experiencias vitales del paciente, a menudo centrándose en la infancia, ya que en aquella época el psicoanálisis estaba en su apogeo. El cambio de este enfoque etiológico al diagnóstico y a la psiquiatría diagnóstica moderna ha sido analizado en un gran número de publicaciones, por ejemplo, por Horwitz (2002), como se ha mencionado anteriormente. El cambio fue impulsado principalmente por la falta de fiabilidad de los diagnósticos etiológicos, que causó insatisfacción entre las compañías de seguros en los EE. UU. y también en las sociedades del bienestar que dependen de una forma fiable de clasificación de las personas con trastornos mentales. La nueva práctica diagnóstica que se desarrolló se basaba en los síntomas actuales, más que en los antecedentes del paciente. Hoy en día, la lógica imperante establece que alguien padece una enfermedad o trastorno mental si la persona presenta al menos x número de síntomas en y número de semanas o meses (dependiendo de la categoría diagnóstica específica). La profundidad biográfica se sustituye por la amplitud sintomática en el proceso diagnóstico.

Como hemos visto, esto proporciona un proceso de diagnóstico más fiable, pero probablemente a expensas de su validez, porque el nuevo sistema hace

inmensamente difícil separar los síntomas del trastorno mental de los fenómenos vitales desagradables. Sin embargo, se puede objetar que, en muchos casos, no se permite que el resultado de una lista de comprobación de síntomas sea independiente. Es solo una parte del proceso de diagnóstico, junto con una entrevista diagnóstica más exhaustiva, por ejemplo. Esto es cierto en muchos casos, y la mayoría de los médicos saben que su juicio situado es muy importante, además de las pruebas estandarizadas. Sin embargo, existe una presión hacia la estandarización y la «manualización» en la atención sanitaria moderna. Cada vez se resta más importancia a la experiencia y al juicio de los profesionales y, en su lugar, el diagnóstico se sustenta en la autoridad del conocimiento «basado en la evidencia», que a menudo legitima las listas de comprobación de síntomas. Además, la mayoría de los estudios de prevalencia de los trastornos mentales, incluidos muchos de los citados en este libro, se basan en los síntomas, que pueden contarse utilizando cuestionarios sencillos. El resultado suele ser, con bastante probabilidad, tasas infladas de diversos problemas mentales, lo que lleva al problema de que estas tasas se publican no solo en revistas profesionales especializadas (donde los lectores saben que deben tomarse con pinzas), sino también en medios de comunicación populares, y son consumidas por personas que viven en las culturas del diagnóstico y que están ávidas de leer sobre los problemas que puedan tener. Así, cerramos el círculo en una especie de efecto de bucle macroscópico (con permiso de Hacking), en el que las «estadísticas del pánico» sobre las enfermedades mentales hacen que la gente interprete sus problemas como casos de los distintos tipos de psicopatología, contribuyendo así al aumento de las cifras.

Con estas cinco interpretaciones de la actual expansión diagnóstica, creo que tenemos suficientes piezas del rompecabezas para ver aparecer una imagen general. Creo que la explicación más fiable de este fenómeno es la que sostiene que, por un lado, se han producido avances en la base de conocimientos de la psiquiatría (segunda interpretación anterior), lo que significa que determinados trastornos (que siempre han sido problemáticos para quienes los padecen) son ahora visibles y susceptibles de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, esto se aplica probablemente a menos diagnósticos de los que la ciencia de la psiquiatría querría admitir. En cambio —y por otra parte— para la mayoría de los diagnósticos que están en la zona más gris que hay entre el sufrimiento humano normal y la psicopatología propiamente dicha, nuestras experiencias marginales en la vida (a falta de una palabra mejor) en gran medida han sido psiquiatrizadas. Las prácticas culturales y los vocabularios que solían estructurarse en torno a la religión y la moral se estructuran cada vez más en torno a los complejos

biomédico y psiquiátrico. Este hecho, a su vez, conduce a una interpretación de las nuevas formas de malestar, provocadas por las transformaciones sociales (primera interpretación anterior), bajo una luz diagnóstica. Así, corremos el riesgo de abordar todo tipo de problemas sociales como si fueran casos de alguna psicopatología individual. La psiquiatrización histórico-cultural también ha allanado el camino para el éxito de las grandes farmacéuticas (y viceversa), invitando a profesionales y pacientes a ver los problemas como localizables en el individuo y su cerebro (tercera interpretación), y por tanto sujetos a corrección psicofarmacológica (incluso en los muchos casos en que se trata de un enfoque profundamente reduccionista).

Finalmente, la quinta y última interpretación mencionada, derivada de los cambios técnicos en la estructura del propio pensamiento diagnóstico, está a su manera conectada con la psiquiatrización histórico-cultural. Mi argumento ha sido que construimos las culturas del diagnóstico porque experimentamos una falta de recursos con los cuales atribuir algún significado al sufrimiento que sentimos, de modo que movilizamos el lenguaje psiquiátrico-diagnóstico ya que aparece como una herramienta que podría dar sentido a nuestra angustia. No obstante, la forma en que la psiquiatría diagnóstica cambió con la introducción del DSM-III de 1980 ilustra por qué es problemático y paradójico, ya que pasar del modelo de diagnóstico etiológico al basado en los síntomas sirvió de hecho para exorcizar el significado de la comprensión del trastorno mental. Antes del DSM-III, el significado estaba ahí en alguna parte, quizás enterrado en lo más profundo del inconsciente psicoanalítico, pero sujeto en última instancia a la interpretación (mediante la cual la miseria neurótica —en términos de Freud— podía transformarse en miseria ordinaria). Al eliminar los contextos que dan sentido a los síntomas, la psiquiatría moderna a menudo reduce el sufrimiento a una reacción mecánica en el sistema nervioso central, por ejemplo, en lugar de abordarlo como una respuesta humana a una situación existencial, digamos. Así, el sentido desaparece, aunque sea precisamente el sentido lo que busca el enfermo. La historia de la psiquiatrización es, en gran medida, la historia de la pérdida de sentido. No es una historia de personas que sufren en mayor o menor medida, sino de cambios en la comprensión de su sufrimiento que vacían de significado sus experiencias. Esto también da pie a la intervención psicofarmacológica. Pocos tratarían el dolor normal tras la pérdida de un ser querido con una pastilla, por ejemplo, pero si la «reacción» no tiene sentido (sino que es simplemente un proceso disfuncional en el cerebro), podría ser apropiado tratarla con fármacos. La psiquiatrización histórico-cultural (que implica muchos subprocesos como la patologización y la

«farmaceuticalización») es, por tanto, una especie de metanarrativa que explica muchos de los otros procesos que están ocurriendo.

Cuatro tipos de patologización

En general, parece razonable concluir que, aunque la sociedad haya cambiado de tal forma que algunas personas sean más vulnerables a sentir angustia, también se está produciendo un importante proceso de patologización. Cada vez son más las experiencias, rasgos y condiciones que se consideran desde una perspectiva de diagnóstico psiquiátrico. Pero hay que destacar que la patologización no es un proceso lineal o unitario, sino que se compone de muchos procesos, en parte contradictorios, que actúan en diferentes direcciones al mismo tiempo. Aquí nombraré brevemente cuatro de esos procesos.

Estigmatización

La crítica clásica a la patologización, que sigue estando justificada, afirma que la patologización consiste en estigmatizar los comportamientos etiquetándolos como enfermos o desordenados. Un estigma es una marca corporal que, de alguna manera, hace visible al portador como vergonzoso. También se asocia con los estigmas, que son las heridas que se asemejan a las marcas de la crucifixión de Jesús. La idea más extendida del estigma dentro de la psiquiatría se refiere a la acusación injusta dirigida contra las personas que tienen diversos problemas mentales diagnosticados. Pocas personas culparían a los pacientes por tener problemas de salud somáticos, pero muchos pacientes psiquiátricos siguen sufriendo el señalamiento, e incluso el desprecio de la sociedad, lo cual, por supuesto, es atroz. En este caso, son los comportamientos de la persona los que son estigmatizados por la sociedad, donde un diagnóstico puede servir de hecho para reducir la estigmatización, por ejemplo, señalando una capacidad

disminuida de autonomía y responsabilidad por parte del paciente. El diagnóstico da acceso al «rol de enfermo» parsoniano (Parsons, 1975) y, al encerrar los problemas de la persona en un marco médico, puede reducir el estigma experimentado.

Pero la estigmatización también puede estar relacionada con la categoría diagnóstica como tal. Es posible argumentar, por ejemplo, que diagnósticos como los trastornos de la personalidad son inherentemente estigmatizantes, porque representan una mezcla de discursos morales y médicos (Charland, 2004). El trastorno antisocial de la personalidad es una afección psiquiátrica, pero formulada en términos morales, por lo que, según se argumenta, lo que ocurre cuando alguien recibe este diagnóstico es una categorización del comportamiento (moralmente) no deseado como patológico. Ejemplos históricos de este trastorno incluyen las terribles historias de la Unión Soviética en las que los psiquiatras de Stalin patologizaban a los disidentes políticos para poder «tratarlos» médicamente (catalogándolos así como seres irracionales, como personas a las que no hay que tomar en serio), o también el diagnóstico que hacía el médico estadounidense Samuel Cartwright de los esclavos fugitivos en el Sur del Antebellum con «drapetomanía» (una tendencia a huir de las plantaciones, supuestamente derivada de unos amos demasiado igualitarios). Sin duda, estos ejemplos representan casos extremos de pseudociencia y racismo científico.

Afortunadamente, hoy en día estamos muy lejos de estos tipos extremos de patologización como estigmatización, pero a veces es bueno tener en cuenta cómo las categorías psiquiátricas han operado de formas muy poderosas con graves consecuencias para las personas. Este proceso continúa hasta nuestros días, y debería recordarnos lo importante que es que discutamos continuamente los diagnósticos y sus efectos potencialmente estigmatizadores.

Autopatologización

Me refiero a la siguiente forma de patologización como autopatologización. Mientras que la estigmatización es un proceso que ocurre desde fuera, la

autopatologización es un proceso en el que el individuo participa activamente. En ese sentido, es una especie de proceso inverso a la estigmatización. Puede tratarse de individuos que buscan activamente que se patologicen (partes de) sus vidas mediante un diagnóstico, o puede tratarse de individuos, o más a menudo de colectivos, que buscan que se reconozca como legítima alguna forma de sufrimiento mediante la formulación de una nueva categoría diagnóstica. Muchos de los adultos que he conocido como parte de mi trabajo de campo con personas diagnosticadas de TDAH han buscado el diagnóstico por sí mismos, y algunos incluso han pagado a un psiquiatra para que les diagnostique. (Por supuesto, no pagan concretamente por el diagnóstico, sino por la evaluación que, a menudo, da lugar a un diagnóstico con todos los beneficios que pueden derivarse de ello). En cierto modo, esto da fe de la actitud relativamente no estigmatizadora hacia el TDAH o, al menos, indica que el estigma negativo que puede asociarse a esta categoría diagnóstica se ve superado por los beneficios positivos asociados a ser diagnosticado. Esto ocurre con algunos diagnósticos, pero desde luego no para todos.

Diferentes ejemplos pueden ilustrar cómo los diagnósticos se han formado históricamente en respuesta a una necesidad que ha surgido entre los enfermos. El TEPT, por ejemplo, se desarrolló como un diagnóstico que pudiera darse a los veteranos traumatizados por la guerra de Vietnam (originalmente se denominó síndrome post-Vietnam), y se incluyó en el DSM-III en 1980. Desde entonces ha tenido mucho éxito como categoría diagnóstica, formando parte de la lengua franca de las reacciones a guerras y catástrofes, como dice Watters (Watters, 2010). Podrían mencionarse muchos otros ejemplos, por ejemplo, el alcoholismo, que ha pasado de ser una falta moral (debilidad de la voluntad) a un problema psiquiátrico («trastorno por consumo de alcohol» en el DSM-5).¹² El primer paso de los extendidos programas de 12 pasos (en las reuniones de AA, por ejemplo) es admitir que uno es «impotente ante el alcohol, que nuestras vidas se han vuelto ingobernables», lo que equivale a padecer alguna enfermedad. Grupos como AA parecen estar interesados en que el problema se enmarque como un trastorno, lo que implica una especie de autopatologización colectiva. Toda la gama de los denominados trastornos somatomorfos (latigazo cervical, fibromialgia, síntoma de fatiga crónica y otros «síntomas médicamente inexplicables») son casos interesantes, ya que los pacientes y sus organizaciones suelen buscar la autopatologización, es decir, el reconocimiento de los problemas como auténticos problemas médicos. Sin embargo, se resisten a la patologización psiquiátrica. Estos pacientes sienten distintos tipos de dolor corporal y, por tanto, están interesados en obtener diagnósticos médicos, pero

como solo existe la queja subjetiva, a menudo (aunque varía en los distintos países) se les deriva a psiquiatría, muy en contra de su voluntad. El caso es interesante, porque ilustra los problemas que representan los casos fronterizos: ¿qué ocurre cuando el problema no encaja bien en las categorías y límites disciplinarios establecidos? También ilustra el estatus relativamente bajo que se sigue dando a la psiquiatría en comparación con los diagnósticos somáticos.

Patologización del riesgo

La patologización del riesgo es la tercera categoría que mencionaré, y es en cierto sentido patologización *avant la lettre*. Significa que a una persona se le mira (o que se mira a sí mismo) en términos patológicos, incluso sin que exista una enfermedad o trastorno manifiestos, sino solo por cierta susceptibilidad a desarrollar síntomas en el futuro. Con la actual expansión de los conocimientos genéticos, cada vez es más fácil determinar el riesgo relativo de desarrollar una amplia gama de trastornos en los que hay un componente genético implicado (que probablemente lo hay en la mayoría de los principales problemas psiquiátricos). Hay que tener en cuenta que la genética moderna dista mucho de ser determinista y que los modelos genéticos actuales describen diversos procesos de interacción genes-ambiente que son extremadamente complejos, de modo que lo único que se puede obtener mediante pruebas genéticas es alguna medida de probabilidad (por ejemplo, de la propia susceptibilidad a la depresión), pero nadie sabe si el riesgo de sufrir un trastorno llegará a materializarse.

Así pues, a pesar de los avances de las ciencias genéticas, como científicos humanos y sociales debemos preguntarnos cuáles son las consecuencias de vivir con este tipo de conocimiento probabilístico. Rose habla de «la genetización de la identidad» y de la consiguiente «responsabilidad genética»: «Gobernarse a uno mismo a la luz de los genes de riesgo está íntimamente ligado a los proyectos de identidad, la elaboración de cuerpos sanos y la gestión de nuestras relaciones con los demás, en relación con una amplia gama de autoridades» (Rose, 2007, 126). El autogobierno podría imponerse en un grado aún mayor en el futuro, cuando se otorgue a los individuos la responsabilidad de vivir sus vidas

a la luz del conocimiento probabilístico sobre su salud mental. ¿Podría haber incluso profecías autocumplidas, de forma que saber algo sobre el riesgo de desarrollar una enfermedad podría contribuir a su desarrollo? ¿Deberíamos proteger a las personas y conceder a quienes lo deseen el derecho a no conocer sus riesgos? ¿Tienen las personas derecho a «permanecer sanas» en los casos en que no presenten síntomas manifiestos graves? Son cuestiones cada vez más apremiantes y que merecen ser debatidas más a fondo en el futuro por psiquiatras, genetistas, filósofos y legos afectados por los regímenes de riesgo de nuestra cultura moderna tardía.

Despatologización

Ninguna visión general de los procesos de patologización está completa sin hacer referencia al proceso inverso de despatologización. Una vez más, esto puede referirse a individuos que luchan para que se les retire algún diagnóstico, pero también puede referirse a grupos de personas que luchan para que se elimine por completo algún diagnóstico de las prácticas de la psiquiatría. Como es bien sabido, la homosexualidad era un trastorno mental según los manuales de diagnóstico imperantes hasta finales del siglo

xx

, y también estaba penalizada en muchas partes del mundo (lo que tristemente sigue siendo el caso en algunos países). Fue en 1973 cuando Robert Spitzer (artífice del DSM-III) decidió que no debía considerarse un trastorno mental, lo que se confirmó con la publicación del DSM-III en 1980 (Busfield, 2011: 125). Sin embargo, se incluyó una categoría diagnóstica denominada «trastorno ego-distónico», que se aplicaría a quienes sintieran angustia a causa de su orientación homosexual. Aunque debe considerarse un avance en la despatologización de la homosexualidad, el nuevo diagnóstico ilustra un problema central que tienen muchos diagnósticos psiquiátricos: que las formas de sufrimiento con origen social corren el riesgo de ser vistas como deficiencias individuales. Porque, ¿qué pasa si alguien se siente angustiado por su orientación homosexual, y qué pasa si la angustia experimentada está causada por un mundo social homófobo? El

resultado seguiría siendo que el individuo sería diagnosticado, aunque el problema fuera claramente localizable en un entorno hostil. La categoría diagnóstica de trastorno ego-distónico se eliminó del sistema DSM en 1987, pero sigue estando incluida en el sistema CIE de la OMS y pervive en el DSM bajo el epígrafe de «trastorno sexual no especificado», que se caracteriza por una «angustia persistente y marcada por la propia orientación sexual», siendo así bastante similar a las formulaciones anteriores. Los debates e intentos de despatologización continúan hoy en día en relación con la sexualidad y la identidad. Partes de la comunidad LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales), por ejemplo, han luchado por la despatologización de lo que, de otro modo, se diagnosticaría como «trastorno de identidad de género» o (en el DSM-5) «disforia de género». Según los críticos de estos diagnósticos, no es un trastorno identificarse con un género distinto del asignado al nacer.

En relación con un diagnóstico tan extendido como el TDAH, es interesante observar los argumentos a favor y en contra. En Dinamarca, como en la mayoría de los países occidentales, existe por un lado una organización de pacientes, la Asociación danesa de TDAH (en EE. UU., CHADD es una organización de pacientes aún más poderosa), que trabaja para difundir conocimientos e información sobre el TDAH como un trastorno real que hay que tomarse en serio. En el otro lado, sin embargo, existen varios grupos que afirman que el TDAH es un trastorno falso, nada más que una categoría patologizante, fabricada por la industria médica para ganar dinero. Existe un grupo muy grande en Dinamarca que se llama «El TDAH es un invento del Big Pharma: ¡basta de drogar a nuestros hijos!», que tiene casi tantos miembros en Facebook como la asociación oficial del TDAH. El grupo crítico organiza diversos acontecimientos y eventos, y algunos de sus miembros también defienden lo que convencionalmente se han considerado teorías conspirativas (sobre el Grupo Bilderberg, estelas químicas, el Nuevo orden mundial, etc.). Los diagnósticos psiquiátricos, en este caso el TDAH, funcionan para grupos como este como un símbolo (entre otros, para algunos miembros) de un enemigo imaginado, en torno al cual, y contra el cual, organizarse. Esta es también una función posible de las categorías psiquiátricas en nuestras culturas del diagnóstico.

Problemas con la patologización

He intentado pintar un cuadro de los procesos de patologización (y despatologización) bastante complejo. Hay muchas partes y muchos intereses en juego, y poco acuerdo universal sobre si los diagnósticos psiquiátricos son legítimos o ilegítimamente patologizantes. En la actualidad, solo una pequeña minoría de personas defiende que «el cáncer es un don» (título de un libro que aboga por un tratamiento alternativo) y que el modelo médico de esta enfermedad es erróneo, pero son muchas más las personas que critican el modelo médico de los problemas psiquiátricos y sostienen que (algunos o todos) los diagnósticos patologizan. Pero ¿no se podría decir simplemente «¿Y qué?», incluso si fuera verdad que patologizan? ¿Por qué es esto necesariamente malo? He argumentado de varias maneras en este libro que los diagnósticos son utilizados por individuos y grupos para construir y constituir identidades: ¿por qué no aceptar simplemente esta idea, incluso en aquellos casos en los que parece que se dan efectos patologizadores de los diagnósticos? Como una especie de resumen de algunos de los argumentos que se han presentado en los capítulos anteriores, terminaré este capítulo aportando cuatro razones por las que, de hecho, deberíamos tener cuidado con la patologización y seguir criticándola.

(1) Conduce fácilmente a un sesgo injusto de los servicios sanitarios. Este problema se deriva del hecho de que la asistencia sanitaria y los servicios sociales forman parte de un juego de suma cero de recursos limitados. Al estirar los conceptos de diagnóstico y minusvalía para abarcar cada vez a más personas, se dispone de menos recursos para quienes tienen los problemas más graves (Williams, 2009). Mientras asistimos a un aumento de los casos diagnosticados de ansiedad, depresión y TDAH en Occidente, también somos testigos (al menos en algunos países) de grandes problemas en los sectores de la psiquiatría donde se tratan los problemas más graves. Como ha argumentado Allan Frances, gastamos demasiado en «aquellas personas que están muy preocupadas» y demasiado poco en las personas que más sufren (Frances, 2013: xv). En mi país natal, Dinamarca, se han producido en los últimos cinco a diez años numerosos casos de mala praxis psiquiátrica: se ha retenido a pacientes durante semanas y meses en pabellones cerrados, y algunos incluso han muerto por haber recibido dosis demasiado altas de fármacos. Probablemente este hecho no se reduce a una sola causa, pero parece probable que la falta de recursos en estos sectores de la psiquiatría tenga algo que ver (no hay camas suficientes para los pacientes, por ejemplo, y el sector carece notoriamente de médicos especializados en

psiquiatría). Tenemos que discutir si los recursos se distribuyen injustamente, lo que implica la discusión de la patologización, ya que, si los problemas de la vida ordinaria de las personas son patologizados, significa que hay menos recursos para aquellos que están en las peores condiciones. De esta forma, se hace pertinente el debate sobre dónde y cómo trazar la línea divisoria entre el sufrimiento humano común y el sufrimiento patológico.

(2) Los procesos de patologización también conducen fácilmente a lo que Furedi ha caracterizado como un «cultivo de la vulnerabilidad» (Furedi, 2004). Naturalmente, esto es algo que los servicios de salud mental querrían evitar, pero los ciudadanos de hoy en día se han convertido en consumidores activos de diagnósticos, argumenta Furedi, de forma que los trastornos se han convertido en constitutivos de las identidades de las personas. Este proceso puede denominarse «medicalización desde abajo» (Furedi, 2008), o lo que antes he llamado «autopatologización», aunque Furedi prefiere hablar de «psicologización», porque cree que es un proceso que opera a través de categorías psicológicas. No obstante, conduce a que las personas sean vistas como indefensas e impotentes, siempre que se interpreten a sí mismas (y sean interpretadas por los demás) como aquejadas de diferentes trastornos y minusvalías. Si este análisis es válido, los procesos de patologización llevan implícito el riesgo de convertirse en profecías autocumplidas, por las que las personas pueden llegar a sufrir en respuesta a su categorización con términos deficitarios

(3) En tercer lugar, cuando se patologizan los comportamientos y reacciones humanas normales, los problemas de las personas se acaban por individualizar fácilmente. En lugar de ver el sufrimiento como una respuesta natural a las circunstancias de cada uno, se considera un déficit individual o una patología, lo cual invita a los propios enfermos, pero también a la sociedad en general, a enfocar la cuestión en términos médicos en lugar de sociales o políticos. Para ilustrar esta cuestión Kutchins y Kirk cuentan la historia de una niña que crece en el seno de una familia muy caótica, lo que se traduce en un comportamiento perturbador en la escuela (Kutchins y Kirk, 1997). Al final, la niña es evaluada, se le diagnostica trastorno negativista desafiante (TOD) y recibe un tratamiento. Podemos suponer que el comportamiento rebelde de la niña se desarrolló en el contexto de la familia, donde se ha enseñado a sí misma a no confiar nunca en los adultos (porque de facto no son de fiar) y a no hacer lo que los adultos le dicen (porque a menudo le han dicho que haga cosas que son claramente perjudiciales para ella). En este caso, los síntomas «oposicionistas» son en realidad su forma de sobrevivir en un entorno caótico y problemático, y cuando

estas habilidades de supervivencia se consideran disfuncionales en el contexto escolar, es doblemente triste porque el sistema intenta eliminar esos pocos mecanismos de afrontamiento que la niña ha desarrollado y quiere conservar. El problema surge así, porque el sistema de diagnóstico es incapaz de localizar los problemas en otro lugar que no sea el interior de la niña. Los problemas se individualizan debido a la lógica del sistema de diagnóstico, de modo que los tratamientos y las intervenciones también acaban por individualizarse. Este es un problema importante en nuestras culturas del diagnóstico, que son cada vez más incapaces de comprender la miseria humana en términos no diagnósticos y de intervenir de forma no individualista. Se ha calculado, por ejemplo, que solo el diez por ciento de los jóvenes que actualmente consumen fármacos para la hiperactividad necesitarían medicación si tuvieran «una situación familiar y escolar óptima» (Horwitz, 2010: 94), pero se prefiere diagnosticar al individuo, situar el problema «dentro» de la persona y, en consecuencia, tratarlo «dentro», es decir, en el cerebro.

(4) Por último, y desde un punto de vista más existencial, puede representar una pérdida de la autocomprensión humana si seguimos patologizando cada vez más aspectos de nuestras vidas. En el capítulo dedicado a los lenguajes del sufrimiento, sostuve que nuestros lenguajes religiosos, existenciales, morales y políticos siguen siendo relevantes para nosotros en distintos momentos, pero que estos lenguajes a menudo son exorcizados de nuestras discusiones frente a las autoridades y frente a nosotros mismos, sobre cómo debe entenderse nuestro sufrimiento y cómo actuar en consecuencia. Incluso si ponemos entre paréntesis las cuestiones pragmáticas relativas a quién tiene acceso al tratamiento y por qué (que son inmensamente importantes), es significativo por derecho propio que como seres humanos seamos capaces de abordar adecuadamente nuestro sufrimiento, que es una parte ineludible de estar vivo como ser encarnado y mortal. Deberíamos ser capaces de abordar la culpa, la vergüenza, la angustia por la muerte, los corazones rotos y también la pobreza y la marginación, etc., como problemas que pueden experimentarse como dolorosos sin que por ello se transformen automáticamente en trastornos mentales. La pregunta clave —y aún en gran medida sin resolver— es: ¿qué son entonces los trastornos mentales? Esta cuestión se aborda en el capítulo siguiente.

Conclusiones

En este capítulo he intentado interpretar la expansión diagnóstica que subyace al desarrollo de las culturas del diagnóstico. ¿Por qué cada vez hay más personas categorizadas con diagnósticos psiquiátricos? He presentado una serie de interpretaciones diferentes y he argumentado que se ha producido una psiquiatrización histórico-cultural, en la que las experiencias, los discursos y las prácticas sociales se han infundido con conocimientos y terminología psiquiátricos. Este es el proceso principal que ha dado lugar a otros procesos subordinados como la «farmaceuticalización» y el cambio de las prácticas diagnósticas. A continuación, desentrañé la idea de patologización, que es un componente significativo en los procesos históricos de psiquiatrización, y argumenté que la patologización puede moverse en diferentes direcciones al mismo tiempo: a favor y en contra de los diagnósticos (en el caso de la despatologización), individual y colectivamente, y en la dirección de un diagnóstico específico o de varios. El capítulo terminaba planteando la pregunta «¿y qué?» en relación a la importancia de pensar en algún problema en términos patológicos, que abordé aportando cuatro razones diferentes por las que debemos ser críticos con la patologización ilegítima.

12. Un artículo de la revista Time estimaba que alrededor del 40 % de los universitarios cumplen los requisitos para ser diagnosticados:
<http://healthland.time.com/2012/05/14/dsm-5-could-mean-40-of-college-students-are-alcoholics/>.

7. Hacia una comprensión global del trastorno mental

En este capítulo me pregunto cómo deberíamos definir y enfocar no solo las categorías psiquiátricas (diagnósticos), sino también los referentes de los diagnósticos (a qué deben referirse), es decir, los trastornos mentales como tales, desde una perspectiva psicológica cultural. En primer lugar, ofrezco un esbozo de las definiciones de trastorno mental de los principales estudiosos del fenómeno (los neurocientíficos Boorse y Wakefield y diversas perspectivas fenomenológicas), y sostengo que el concepto de trastorno mental no se mantiene unido por condiciones necesarias y suficientes, sino por lo que Wittgenstein denominó «parecido de familia». Esta idea conduce al posterior desarrollo de una explicación psicológico cultural del trastorno mental sobre un trasfondo no esencialista, que pretende articular una tercera perspectiva sobre los diagnósticos entre el esencialismo y el construccionismo social.

¿Qué es un trastorno mental?

Quienes desarrollan nuevas categorías diagnósticas y nuevos tratamientos rara vez discuten la difícil cuestión de qué es un trastorno mental. El hecho de que estemos escandalosamente lejos de poder dar una respuesta clara a esta pregunta queda reflejado en un exhaustivo libro de una destacada autoridad en psicopatología, Derek Bolton. Bolton concluye lo siguiente:

No hay, por lo que puedo ver, ninguna realidad o concepto estable de trastorno mental; se divide en muchos y muy diferentes tipos, algunos de los cuales recuerdan a la vieja idea de locura o enfermedad mental, aunque otros no guardan ningún parecido (Bolton, 2008: viii).

Bolton subraya así la heterogeneidad de lo que convencionalmente se denomina trastorno mental. En el contexto actual, esta idea puede servir como indicación de que, aunque algunas categorías diagnósticas pueden referirse a auténticas enfermedades que se entienden mejor como trastornos cerebrales, por ejemplo (me vienen a la mente la esquizofrenia y el trastorno bipolar), otras pueden ser muy diferentes. Quizá no debemos esperar que un único enfoque de los trastornos mentales pueda abarcarlos todos. Recientemente, Haslam ha argumentado:

... que hay pocas razones para creer que una de [las] descripciones de la estructura de los tipos psiquiátricos sea la más adecuada para todos los casos. En lugar de ello, tal vez distintas descripciones podrían adaptarse a distintos trastornos. Algunos trastornos psiquiátricos pueden ser descritos de forma óptima por el modelo de enfermedad, otros por modelos dimensionales, otros por modelos prototípicos, y así sucesivamente (Haslam, 2014, 13).

En el caso de una serie de los denominados trastornos mentales, podríamos incluso tener motivos para pensar que no son trastornos en absoluto, sino comportamientos y reacciones humanos ordinarios que cabría esperar dadas las circunstancias de las personas. Este podría ser el caso de afecciones como la depresión común, que se interpreta (erróneamente) como «penas cotidianas» (Williams, 2009), la fobia social (Lane, 2007) y quizás el TDAH, como he vuelto a mencionar varias veces en este libro.

Pero analicemos más detenidamente la noción de trastorno mental. Bolton enumera cuatro teorías generales bastante diferentes sobre lo que son los trastornos mentales:

(1) La teoría neurocientífica según la cual los trastornos mentales expresan problemas estructurales o funcionales en los procesos neuronales. Esta teoría (en sus diferentes versiones) está muy extendida en la actualidad, sobre todo a la luz del reciente renacimiento de la psiquiatría biológica y la aparición de una interpretación del yo humano que se ha denominado «el yo neuroquímico» (Rose, 2007). Esta idea ha llevado a que las interpretaciones «moleculares» de los trastornos mentales sustituyan a las interpretaciones «molares», que tenían en

cuenta al ser humano en su totalidad (199). No puedo hacer justicia a las complejas discusiones en torno a la neurociencia y el peligro asociado del reduccionismo, pero el principal problema de la teoría neurocientífica es sin duda los vínculos, a menudo débiles, que existen entre los ámbitos neuronal y psicológico. Dos personas que sufren el mismo trastorno mental pueden no tener ninguna disfunción cerebral en común, ya que a menudo no existe un isomorfismo uno a uno entre cerebro, mente y comportamiento. Además, sigue siendo el caso (a pesar de los recientes avances tecnológicos en neuroimagen) que los trastornos mentales se definen e identifican fenomenológica y conductualmente, y hay buenas razones fundamentadas para creer que esto debe seguir siendo así (Brinkmann, 2011a). Independientemente de cómo funcione el cerebro, si una persona funciona «normalmente», no hay razón para considerarla trastornada mentalmente; en este sentido existe una relación interna entre mente y comportamiento. Este hecho es también lo que me llevó a desconfiar de la idea de que, en el campo de la psiquiatría, los diagnósticos seleccionan tipos naturales (véase el capítulo 2), una sospecha que se ve corroborada por la actual falta de marcadores biológicos válidos con los que diagnosticar los trastornos mentales. Por estas razones, la teoría neurocientífica está destinada a seguir siendo auxiliar, es decir, puede estudiar los correlatos neurales de los trastornos mentales, pero esto es diferente de estudiar los trastornos mentales per se, y por lo tanto es muy poco probable que la teoría neurocientífica pueda alguna vez contar toda la historia sobre los trastornos mentales. (Véanse también los argumentos contra el reduccionismo neurocientífico en Brinkmann, 2011b).

(2) La teoría médica, que afirma que la enfermedad en general es simplemente un nombre para el funcionamiento subnormal. Esta teoría ha sido defendida con especial fuerza por Christopher Boorse (1976), y su objetivo es proporcionar una comprensión neutral de la enfermedad y la salud definiendo la enfermedad como un estado interno del organismo que interfiere en el desempeño de una función natural de la especie (62). Así, un trastorno mental se define como un funcionamiento estadísticamente subnormal relativo a una o más funciones psicológicas. El principal problema de esta teoría es que sigue sin quedar claro, especialmente cuando consideramos los trastornos mentales, qué es una «función natural». Para los seres humanos, lo «natural» es sin duda ser cultural, y hay mucha variedad —y muchas normas divergentes— en todo el mundo respecto a la normalidad y el desorden (Shweder, 2008). Además, para bastantes afecciones (por ejemplo, enfermedades bucales como la caries), parece que es estadísticamente normal estar enfermo, pero sin que esto descalifique las afecciones como enfermedades. Por tanto, esta teoría parece demasiado simple y

adolesce de muchos problemas. Bolton menciona tres: en primer lugar, se supone que la desviación de una norma estadística implica un funcionamiento problemático, lo que puede —pero no tiene por qué— ser el caso; en segundo lugar, no está claro dónde trazar la línea entre normalidad y trastorno con referencia a la desviación de una media (¿es una, dos o tres desviaciones estándar por debajo de la media, por ejemplo?); y tercero, la normalidad estadística siempre es relativa a una población, pero la teoría no especifica qué población humana es el punto de referencia con respecto a la cual se puede decir que las personas sufren un trastorno mental (Bolton, 2008, 113).

(3) Un tercer contendiente es la teoría de Wakefield (1992) del trastorno mental como disfunción perjudicial. Esta teoría se ha tratado anteriormente y se basa en la teoría médica, pero añade un componente de valor. Así, según Wakefield, nos encontraríamos ante un trastorno mental, si (a) el estado surge debido al fallo (o disfunción) de algún mecanismo psicológico evolucionado de forma natural que (b) afecta a la persona de forma destructiva (o dañina). Por lo tanto, los trastornos son disfunciones dañinas. Como aclara Wakefield, la segunda condición (b) implica un juicio de valor, ya que algo solo puede juzgarse como perjudicial en relación con las normas de la cultura de una persona. Una consecuencia interesante de esta teoría es que muchos trastornos, que actualmente están recogidos en los sistemas de diagnóstico DSM y CIE, no son en realidad auténticos trastornos. Por ejemplo, aunque se experimente como algo perjudicial, la depresión común no suele ser el resultado de un mecanismo psicológico que funcione mal, sino, más a menudo, el resultado de condiciones sociales que superan las capacidades de un individuo, provocando estrés, agotamiento y, finalmente, depresión (Horwitz y Wakefield, 2005). Por lo tanto, según Wakefield, no está justificado clasificar la depresión común como un trastorno mental. Sin embargo, el principal problema de esta teoría es similar a la anterior: parece imposible distinguir las funciones y condiciones culturales de las naturales en la vida humana y aislar los «mecanismos psicológicos evolucionados de forma natural», ya que la mayoría —si no todas— de las funciones mentales superiores dependen de la socialización y la cultura (Vygotsky, 1978). Como dice Bolton, es dudoso «que exista una división (suficientemente) clara entre el funcionamiento psicológico que es natural (evolucionado e innato), por oposición al social (cultivado)» (Bolton, 2008, 124).

Además, la teoría de Wakefield parece tener algunas consecuencias contraintuitivas, ya que si algo es una función que ha evolucionado de forma

natural, y si su mal funcionamiento es causa de daño para el individuo, entonces se trata de un trastorno mental. Volvamos aquí a Mubarak Bala, a quien conocimos en el capítulo 1, y que supuestamente sufría un trastorno mental conocido también como ateísmo: la psicología evolutiva ha demostrado que la creencia en Dios es el resultado de la selección natural (Maser y Gallup, 1990) además de que las creencias religiosas son casi universales en todo el mundo, así que si alguien como Bala experimenta algún tipo de angustia debido a un «módulo religioso» defectuoso en su mente evolutivamente adaptada, ¿sus perseguidores podrían tener razón al tratarle! Estoy seguro de que Wakefield no respaldaría esta conclusión, pero sí parece desprenderse de su explicación de los trastornos mentales como disfunciones perjudiciales, ya que se basa en la psicología evolutiva (bastante especulativa) y, por tanto, se vuelve vulnerable a todo tipo de discusiones sobre qué módulos mentales han evolucionado (si es que es siquiera científicamente legítimo hablar de módulos mentales; véase la crítica desde la biología en Sterelny, 2012).

(4) La última teoría robusta mencionada por Bolton es quizá la menos específica, pero también, en mi opinión, la más atractiva. La podríamos llamar «teoría fenomenológica» y se remontaría a la obra clásica de Jaspers (Jaspers, 1997), que afirma que los trastornos mentales representan rupturas en las conexiones y relaciones significativas de nuestra vida mental, pero sin que la teoría especifique las causas de dichas rupturas. (Su enfoque en la experiencia más que en la causa subyacente del trastorno es lo que lo hace fenomenológico). Si no hay una conexión rastreable entre lo que ocurre y cómo reacciona una persona (entre una situación no peligrosa y la ansiedad, por ejemplo), y si la reacción de la persona es dolorosa y persistente, entonces parece pertinente hablar de un trastorno mental (ya sea que la falta de conexión se derive de un «mecanismo psicológico» disfuncional, de procesos neurológicos o de lo que sea). Esta teoría, que creo que es la más prometedora (quizá por su falta de especificidad), nos lleva directamente a las cuestiones psicológicas culturales del significado y la normatividad que se invocan en este libro, ya que cuando hablamos de «conexiones significativas», estamos en el ámbito de las normas y los valores. El miedo a las palomas puede ser patológico, porque no hay razón para temerlas. En cambio, el miedo a las serpientes venenosas puede ser racional, porque de hecho son peligrosas. El miedo a la muerte seguramente no es patológico, sino que puede derivarse de la capacidad humana de reconocer la finitud, que puede ser la base de una vida auténtica y resuelta (Heidegger, 1927). Así pues, no hay nada en el miedo o en la ansiedad que determine por sí mismo su condición de patológico, racional, existencial o de otro tipo, sino que depende de las

condiciones contextuales y relacionales del significado. El modo en que alguien experimente una situación que le produzca miedo (y otras acciones y reacciones humanas) depende de los recursos explicativos de que disponga.

Tras repasar estos cuatro contendientes, Bolton sostiene que ninguno es satisfactorio. Los tres tipos de naturalismo representados por los neurocientíficos, Boorse y Wakefield fracasan por diferentes razones, y la teoría fenomenológica más amplia podría estar bien como tal, pero no aborda la causa de los trastornos y, según Bolton, tiene la consecuencia de que la enfermedad mental carece de significado (precisamente porque se define como una ruptura del significado). Bolton rechaza todos los relatos esencialistas y argumenta que «no hay nada intrínseco en determinados procesos bio-psicológicos que los haga patológicos; son solo sus consecuencias y solo si resultan persistentemente más perjudiciales que beneficiosos» (Bolton, 2008, 205). Así, quiere decir que no es la naturaleza de los problemas que tienen las personas lo que los define como psiquiátricos, sociales, morales, existenciales o de otro tipo (cf. el capítulo sobre los lenguajes del sufrimiento); más bien, es nuestra respuesta a los problemas. En mi opinión, esta idea tampoco es satisfactoria, ya que parece circular, porque nosotros (y aquí incluyo no solo a los investigadores, sino también a los sistemas de tratamiento en general) queremos saber cómo abordar los problemas de las personas. Como tales, necesitamos algún tipo de orientación sobre cómo hacerlo antes de dar una respuesta. También nos gustaría saber cuándo alguien es apto para caer bajo el imperio de la ley y cuándo es un enfermo mental, lo que podría hacer necesaria la defensa por demencia (Robinson, 1996). La alternativa de Bolton parece afirmar que es en los ojos del que mira —es decir, en nuestra respuesta al problema— donde se decide la cuestión, lo que llevaría rápidamente a una deconstrucción de la idea de trastorno mental como tal, propia del construccionismo social, porque entonces podríamos simplemente optar por no responder al problema como si fuera una enfermedad mental —y eso seguramente eliminaría los trastornos mentales—, ¿o no? En lo que sigue no pretendo zanjar esta espinosa cuestión de una vez por todas, pero sí deseo investigar si la psicología cultural puede ayudarnos a encontrar un camino entre los esencialismos naturalistas (que son erróneos por las razones enumeradas por Bolton) y las disoluciones construccionistas sociales de las ideas de los trastornos mentales como tales. Sin embargo, creo que esto podría presuponer una renuncia al intento de encontrar condiciones necesarias y suficientes para que algo cuente como un trastorno mental (y en esto estoy de acuerdo con Bolton), y en su lugar insistamos en que el concepto se mantiene unido por el parecido de familia, por tomar prestado un término de Wittgenstein (1953).

Wittgenstein analizó conceptos como los de «juego» y demostró que no hay nada que todos los juegos tengan en común, que es lo que los convertiría en juegos, del mismo modo que no es necesario que haya una cosa que todos los miembros de una familia compartan (como el color de los ojos) para que sean miembros de la misma familia. Del mismo modo, es bastante probable que el concepto de trastorno mental se caracterice por unos límites difusos y unas características diferentes que se entrecruzan, sin que haya un solo rasgo definitorio que todos ellos compartan (Lilienfeld y Marino, 1995).

Hacia una alternativa psicológica cultural

La psicología cultural, en la versión articulada en este libro, es hoy en día un enfoque significativo en la psicología general y en muchos campos y disciplinas afines. Sin embargo, es curioso observar lo poco que la psicología cultural actual tiene que decir sobre el trastorno mental, que por otra parte es un tema clave en la psicología en su conjunto. A los ojos de muchas personas, es probable incluso que la razón de ser de la psicología resida en su capacidad para ayudarnos a comprender y tratar el trastorno mental. La mayor parte de la teorización sobre los trastornos mentales en psicología ha estado dominada históricamente por las escuelas psicodinámica, cognitivista y conductista, y más recientemente por las neurociencias. Es bien sabido que Vygotsky (considerado por muchos como uno de los padres fundadores de la psicología cultural) se interesó mucho por la psicología anormal en los niños, o «defectología», como se llamaba entonces (Vygotsky, 1929). No obstante al hojear las fuentes autorizadas actuales sobre psicología cultural, como *The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology* (Valsiner y Rosa, 2007), uno tiene la impresión de que el interés por el trastorno mental y la angustia, sobre todo en adultos, es más o menos inexistente. Probablemente sea un veredicto injusto, y sin duda hay interesantes estudios aquí y allá en torno a los trastornos mentales y la angustia llevados a cabo por psicólogos culturales, pero que en ningún modo definen el campo, además de que en la psicología cultural actual no existe ninguna explicación teórica bien formulada del trastorno mental.

En el resto de este capítulo, comienzo a articular una explicación teórica del

trastorno mental desde una perspectiva psicológica cultural. Se argumenta que la psicología cultural tiene el potencial de desarrollar una comprensión global del trastorno mental que combine la conciencia del cerebro y el cuerpo con las normas y prácticas socioculturales sin reducir el trastorno mental a ninguno de ellos. En este sentido, podría situarse entre los modelos esencialistas de la psicopatología, por un lado, y los modelos radicales de construcción social, por otro. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos se menciona una vez más como ejemplo ilustrativo, pero la teoría que aquí se presenta tiene ambiciones más generales. Siguiendo la convención de gran parte de la literatura clínica, comienzo presentando el caso de una persona a la que se le ha diagnosticado un trastorno mental (TDAH), antes de aventurarme en un paisaje más teórico.

La historia de Tom

Con el fin de tener un caso concreto para utilizar como trampolín para los debates posteriores, voy a presentar a Tom. Conocí a Tom en el verano de 2013, cuando comencé mi trabajo de campo como observador participante en un grupo de apoyo para adultos diagnosticados con TDAH. Sigo participando en el grupo desde 2015, que se reúne durante unas tres horas una vez al mes. Tom está allí casi siempre, y también le he entrevistado en su casa. Hago este trabajo de campo para entender cómo los adultos diagnosticados con TDAH utilizan el diagnóstico en sus propias vidas. No reciben el diagnóstico simplemente como receptores pasivos, sino que lo utilizan activamente para diversos fines. La categoría TDAH opera como un poderoso mediador semiótico en sus vidas que les permite interpretar su pasado bajo una nueva luz y desarrollar metas específicas y posibles vías de desarrollo para el futuro, al tiempo que excluye a otros (véase el capítulo 4). Me interesan los aspectos fenomenológicos de ser diagnosticado —¿cómo experimentan las personas este proceso?— y también en cómo utilizan discursivamente el diagnóstico quienes llegan a «vivir bajo la descripción» del TDAH, por retomar la terminología de Emily Martin (Martin, 2007). La mayoría de las personas del grupo (suele haber unas 15 personas presentes en cada reunión) han buscado ellas mismas el diagnóstico, bien porque sus hijos han sido diagnosticados (y se ven reflejados en los problemas de los

niños), bien porque han pasado por algún tipo de crisis en sus vidas (como una crisis relacionada con el estrés) que provocó un examen más exhaustivo por parte del médico y, más tarde, del psiquiatra, que finalmente condujo al diagnóstico de TDAH. Esta situación es muy distinta a la de los niños diagnosticados de TDAH, que muy rara vez (o nunca) son los que inician un proceso de diagnóstico.

Tom, un hombre de cuarenta y tantos años que vive solo, también había buscado que le dieran el diagnóstico. Cuando me contó la historia de su vida en una entrevista, me habló de una historia de comportamientos descontrolados, problemas de concentración y también pequeños delitos al final de su adolescencia. Fue adoptado de pequeño tras haber pasado el primer mes de su vida en un orfanato, y hablaba en repetidas ocasiones de su temperamento, que era bastante fuerte. En el colegio no se le diagnosticó TDAH; simplemente se le consideraba uno de los «chicos traviosos». Después de la escuela, pudo mantener varios trabajos y conservar buenos amigos, además de que también solía tener novia, con la que vivía. Se describe a sí mismo como «una persona con TDAH que funciona bien». Parece bastante decidido en sus elecciones y opiniones. Por ejemplo, cuando descubrió que había una larga lista de espera antes de poder ver al psiquiatra y obtener un diagnóstico (pagado por el Estado), decidió pagar la evaluación psiquiátrica de su propio bolsillo, y finalmente le dieron el diagnóstico de TDAH unos seis meses antes de que yo le conociera por primera vez. Todavía está en un proceso de lectura y aprendizaje sobre el diagnóstico, además de que está tratando de ajustar su medicación a un nivel óptimo. Cultiva su propia marihuana, que consume ocasionalmente, pero no vende a otros (los psiquiatras probablemente verán esto como «automedicación»). Actualmente está en paro, pero, curiosamente, su último trabajo fue como persona de apoyo para jóvenes con diversos problemas, muchos de los cuales también tienen un diagnóstico de TDAH, por lo que ahora conoce el diagnóstico como profesional y como paciente.

La historia de Tom es en algunos aspectos típica (en lo que respecta a su historia y sus problemas de niño, por ejemplo), pero en otros es (como todas las historias de vida) única. Al entrevistar a Tom en su apartamento, mientras comía tarta y bebía café, recuerdo muy claramente que tuve el pensamiento de que esa persona no tenía trastornos mentales. Entonces, ¿por qué le dieron ese diagnóstico? ¿Qué nos dice el hecho de que Tom recibiera un diagnóstico psiquiátrico acerca de nuestras actuales culturas del diagnóstico, en las que cada vez se ven más afecciones a través de la lente del diagnóstico? En este contexto, hay dos

aspectos de la situación de Tom que merecen especial atención y que utilizaré como información de fondo en la siguiente discusión sobre el concepto de trastorno mental y cómo abordarlo en términos psicológicos culturales.

En primer lugar, Tom es una persona muy organizada. Su apartamento está perfectamente limpio y ordenado, y tiene listas ordenadas de tareas pendientes colocadas en la nevera. Se había preparado cuidadosamente para la entrevista conmigo, por ejemplo, leyendo un libro sobre el TDAH en adultos escrito por un conocido psiquiatra y un psicólogo daneses, y había escrito un resumen de sus ideas centrales que quería enseñarme para transmitir lo que para él es el TDAH. La capacidad de organizar su vida y sus proyectos diarios va en contra de los criterios diagnósticos del TDAH, en los que aspectos como tener «problemas para organizar tareas y actividades» y «ser olvidadizo en las actividades diarias» son centrales. El propio Tom es consciente de ello, pero lo explica diciendo que «es para evitar el caos» por lo que tiene un alto nivel de organización. En otras palabras, lo compensa tan bien —utilizando calendarios y listas de tareas pendientes, y quizá también su marihuana— que muchos de los síntomas de desorganización desaparecen. La pregunta crucial entonces es: si los síntomas desaparecen, ¿sigue estando justificado el diagnóstico? Como he descrito en este libro, desde 1980 (con la introducción del DSM-III) el diagnóstico psiquiátrico se ha basado en la evaluación de los síntomas (en lugar de en la comprensión de la etiología y la psicodinámica subyacente de la persona), lo cual, en sentido estricto, significa que un trastorno solo existe si y cuando los síntomas están presentes (Horwitz, 2002). Paradójicamente, esta afirmación parece implicar que las acciones compensatorias de las personas eliminarán la patología.

En segundo lugar, Tom me describió cómo surgieron realmente sus problemas tras una lesión que sufrió cuando estaba en las fuerzas armadas. Tenía un contrato de tres años y quería hacer carrera en el ejército, pero su pierna quedó más o menos aplastada en un accidente de tráfico, y tuvo que dejar el ejército. Tom describió el ejército como un lugar muy bueno para trabajar, y parece evidente que los síntomas del TDAH no estuvieron presentes en su vida durante este período. Por lo tanto, la siguiente pregunta (que está relacionada con la anterior) es: ¿tenía Tom TDAH cuando estaba en el ejército? ¿Es posible tener TDAH en un contexto extremadamente organizado, con jerarquías y asignaciones de tareas claras? ¿Las prácticas sociales del ejército proporcionan un nicho ecológico, para usar el término de Hacking (1998), en el que se eliminan los problemas cognitivos que de otro modo se asociarían con el TDAH?

El objetivo de plantear estas preguntas es demostrar que la forma de responderlas dependerá de la teoría del trastorno mental a la que uno se adhiera (implícita o explícitamente). Dos de las teorías esencialistas incluidas anteriormente (la neurocientífica y la teoría estadística de Boorse) probablemente dirían que Tom siempre ha tenido TDAH, debido a su cerebro y a su nivel de funcionamiento subóptimo. La teoría de Wakefield diría que aunque Tom tenga una disfunción psicológica, esta solo se convierte en TDAH en el momento en que es «perjudicial». Así pues, aunque esta teoría también es esencialista (por centrarse en el supuesto módulo mental disfuncional dentro de la persona), también tiene un componente contextual o cultural. La teoría fenomenológica es más difícil de aplicar al caso de Tom, porque parece erróneo decir que existe una ruptura en las conexiones, por lo demás significativas, de su vida.

Pasando a un nivel más metateórico, podemos agrupar las distintas posturas y decir que existen posturas esencialistas y construccionistas sociales: los esencialistas, por un lado, dirían que si uno tiene TDAH, entonces tiene TDAH todo el tiempo y en todas partes, porque el trastorno está constituido por ciertos déficits neurocognitivos centrales, mientras que, por otro lado, la mayoría de los construccionistas sociales (que no se incluyeron entre las teorías de Bolton, porque más o menos repudian el concepto mismo de trastorno mental) dirían que el TDAH es una categoría construida socialmente que medicaliza y patologiza los comportamientos problemáticos, de forma que tales construccionistas sociales tratarían así de deconstruir todas las «esencias» patológicas asociadas al diagnóstico. A continuación, explicaré con más detalle estos puntos de vista divergentes, antes de articular una teoría psicológica cultural que no es ni esencialista ni construccionista social (en un sentido radical), sino más bien situacional, relacional y mediacional, y por lo tanto, argumentaré que es más sólida desde el punto de vista teórico.

Enfoques esencialista y construccionista de los trastornos mentales

Según una serie de destacados analistas a los que también se ha hecho referencia en este libro, las concepciones contemporáneas del trastorno mental en Occidente están fuertemente influenciadas por la «biomedicalización» (Clarke y Shim, 2010). A pesar de que en el campo de la psiquiatría que no se han encontrado marcadores biológicos sencillos para ningún trastorno mental (Singh y Rose, 2009), y a pesar de que los diagnósticos solo pueden formularse evaluando y contando síntomas (y no mediante escáneres cerebrales o análisis de sangre), existe un enorme interés entre los investigadores por la neurociencia de los trastornos mentales, que llega hasta el público y su «psiquiatría popular». Mi argumento no es que el cerebro carezca de importancia en relación con los trastornos mentales (todo lo contrario), sino que simplemente quiero señalar que no es posible diagnosticar ningún trastorno mental mirando el cerebro de una persona. El enorme interés por las neurociencias del trastorno mental de estos últimos años (que se ha descrito y analizado en Rose y Abi-Rached, 2013) ha ido de la mano del éxito de las grandes farmacéuticas, tal vez no en lo que respecta al tratamiento del trastorno mental (donde los resultados son dispares, por decirlo amablemente, como se ha comentado en el capítulo anterior), pero sí en la comercialización y difusión de fármacos para tratar una serie de afecciones como la ansiedad, la depresión y el TDAH. En la actualidad, la industria farmacéutica se encuentra entre las mayores del mundo, con presupuestos de marketing que duplican el dinero que dedican a la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos (Frances, 2013).

En lo que se refiere específicamente al TDAH, el planteamiento estándar en psiquiatría es el que aborda esta afección como un déficit neurocognitivo, que provoca falta de atención, impulsividad e hiperactividad en diversos grados, y que se considera un síntoma crónico que puede tratarse con medicamentos estimulantes, pero que nunca puede curarse (Buitelaar, Kan y Asherson, 2011). El enfoque neurocientífico invita fácilmente (aunque no necesariamente) a los investigadores a pensar en términos esencialistas y a buscar el mecanismo cerebral disfuncional central que se cree que está implicado en el TDAH. Actualmente se publican cada año decenas de estudios de imágenes cerebrales, que se interpretan a la luz de paradigmas teóricos bastante diferentes. Algunas teorías siguen a Russell Barkley, quien afirma que el TDAH es, en esencia, un trastorno de la inhibición conductual (Barkley, 1997), mientras que otras están de acuerdo con Thomas Brown, quien sostiene que el déficit reside en el sistema interno de gestión de la atención (Brown, 2005). Maiese (2012) ofrece un análisis comparativo muy útil de estos modelos esencialistas y sus respectivas deficiencias. En cualquier caso, la ambición es poder señalar exactamente cuál

es el supuesto déficit en términos esencialistas. Tal vez el TDAH sea incluso un tipo natural, dirán algunos, es decir, una «entidad» de enfermedad específica que puede definirse en términos de propiedades necesarias y conjuntamente suficientes (véase el capítulo 2), lo que idealmente conduce a una «clasificación estricta dentro o fuera de todos los individuos» (Kincaid y Sullivan, 2014: 3). Este, al menos, parece ser el sueño de los esencialistas, que, de hacerse realidad, probablemente conduciría a diagnósticos más válidos vinculados directamente al cerebro en lugar de a síntomas conductuales.

Entre una serie de problemas relacionados con el esencialismo, me limitaré a mencionar dos. En primer lugar, como ya he señalado, en realidad no se han encontrado «esencias» (en el sentido de simples marcadores biológicos) en la psiquiatría en su conjunto, y mucho menos en relación con el TDAH. El esencialismo se basa en lo que el historiador de la medicina Charles Rosenberg ha denominado «especificidad de la enfermedad» (véase el capítulo 2), que se refiere a la idea de que las enfermedades son entidades específicas que tienen una especie de existencia independiente más allá de sus manifestaciones particulares en individuos enfermos (Rosenberg, 2007: 13). Repitiendo el argumento de Rosenberg, antes del siglo

xix

había personas enfermas, y después surgieron las enfermedades reales. Aunque la idea de la especificidad de la enfermedad podría aplicarse a la medicina somática, donde ejemplos como el cáncer o la diabetes pueden servir como ilustraciones obvias, parece bastante problemática en el campo de la psiquiatría (Frances, 2013, 19).

En segundo lugar, y posiblemente aún más perjudicial para el esencialismo, es la idea sociológica de que los trastornos «solo son inteligibles debido al contexto normativo y social en el que se encuentran», como Bowden ha argumentado recientemente (Bowden, 2014: 422). Entre los filósofos de la psiquiatría actual existe un amplio acuerdo en que ninguna condición se puede definir como un trastorno en ausencia de normas sociales de normalidad y sufrimiento (Horwitz y Wakefield, 2007). Incluso si concedemos que lo que hoy se denomina TDAH es un rasgo ubicuo en las poblaciones humanas a través del tiempo y el lugar (como dirán algunos psicólogos evolutivos; véase Bolton, 2008), seguimos necesitando normas sociales para establecer si este rasgo representa un trastorno o es simplemente «una forma de ser humano».

Tales argumentos han llevado a algunos a la creencia de que todos los trastornos mentales no son ni más ni menos que construcciones sociales contingentes. Esta idea, obviamente, es la antítesis de los planteamientos esencialistas, lo que a menudo se denomina construccionismo social. Los modelos construccionistas sociales del trastorno disuelven las definiciones esencialistas y afirman que toda la gama de comportamientos humanos problemáticos puede representar algún trastorno solo en relación a las categorizaciones sociales y no por ningún elemento inherente a las personas que los padecen. Los modelos construccionistas sociales se presentan en muchas versiones más o menos radicales desde el punto de vista epistemológico y metafísico, pero todas parecen «fomentar la opinión de que los valores y las prioridades sociales son los únicos determinantes históricos de la medicina, la música y el matrimonio» como escribe Church en su exploración de los enfoques construccionistas sociales del trastorno mental (Church, 2004, 393). Algunos autores, como Kenneth Gergen, parecen preferir eliminar por completo el «discurso del déficit» del trastorno mental, ya que este se encarna en el vocabulario del diagnóstico (Gergen, 1994), mientras que otros, como el menos radical Peter Conrad, sostienen que diagnosticar a las personas con la categoría TDAH es una especie de medicalización que equivale a un «control social» (Conrad, 2006). La cuestión es que los comportamientos anormales, como la desviación etiquetada como TDAH, «no son inherentes al individuo, al acto o a la situación, sino que [son] más bien un proceso en el que ciertas acciones que supuestamente “infringen las normas” llegan a definirse como desviación» (1). En otras palabras, para un construccionista social, no hay trastornos mentales «objetivos»; todo está en los ojos del observador que patologiza.

Si los esencialistas tienden a olvidar que se necesitan normas sociales para establecer que algo es un trastorno mental, se puede argumentar que, a la inversa, los construccionistas sociales tienden a olvidar que los individuos que sufren muy a menudo buscan «patologizaciones» para explicar sus problemas. Este fue el caso de la historia de Tom relatada anteriormente. Tom quería recibir un diagnóstico por sí mismo, porque carecía de una explicación a sus problemas. Con su afán por ir más allá del individuo y situarse en el contexto social, los construccionistas sociales no solo no reconocen que los individuos pueden desarrollar problemas muy diferentes dentro de un contexto determinado, sino que además los individuos pueden responder de manera muy positiva a los discursos deficitarios que los construccionistas sociales desean eliminar por el bien de los diagnosticados.

Parece simplista decir que el TDAH, por ejemplo, no es más que una forma de control social, del mismo modo que parece un sueño ingenuo buscar en los cerebros de los diagnosticados una «esencia del TDAH» que nunca cambia. Volviendo a Tom, cabe destacar que no se ha sometido a un escáner cerebral, y es bastante improbable (aunque no lo sabemos con seguridad) que algo de su cerebro parezca anormal. En cualquier caso, Tom se desenvuelve relativamente bien en su vida cotidiana. También parece descabellado entender sus problemas en términos de control social. Tiene un historial de problemas que, sin embargo, han ido aumentando y disminuyendo a medida que pasaba por diferentes contextos vitales. Al mismo tiempo, no cabe duda de que debemos tener en cuenta tanto las normas como las prácticas sociales a la hora de intentar comprenderle a él y a otras personas diagnosticadas con TDAH, junto con el hecho de que estas personas tienen cerebros y cuerpos que se manifiestan de determinadas maneras (por ejemplo, los movimientos inquietos de manos y pies que son característicos de muchas personas que tienen ese diagnóstico) y se ven afectados por los fármacos de formas que muchas personas (incluido Tom) aprecian. (Casi todas las personas con el diagnóstico de TDAH que he conocido en mi trabajo de campo utilizan fármacos como el metilfenidato y, en general, alaban sus efectos, aunque hay excepciones). En mi opinión, se necesita una comprensión integradora de los trastornos mentales como el TDAH, que sea capaz de incorporar todas estas dimensiones y que se sitúe entre el esencialismo y el construccionismo. Necesitamos una teoría que pueda tener en cuenta el hecho de que nuestras representaciones y categorizaciones de las personas influyen en cómo experimentan y actúan en relación con sus problemas, pero que al mismo tiempo reconozca que sus problemas no se crean simplemente por el hecho de que los categoricemos. Creo que aquí es donde la psicología cultural está bien posicionada para ayudar con su amplia perspectiva teórica. El resto de este capítulo ofrece un esbozo de lo que podría ser una psicología cultural de los trastornos mentales basada en una teoría de la enfermedad como algo situado. El esbozo es teórico y se necesita una cierta cantidad de trabajo en el futuro para articular sus implicaciones metodológicas, que, en mi opinión, deberían basarse en enfoques (cualitativos) capaces de captar la vida mediada de una persona en su totalidad, incluida la conciencia de cómo los discursos y las categorías se encuentran y entremezclan con las experiencias corporales y los contextos sociales. (Véase Nielsen, 2015; para estudios cualitativos sobre el TDAH y la depresión que avanzan en esta dirección, véase Rønberg, 2015).

Un enfoque situacional de los trastornos mentales

La socióloga médica danesa Dorte Gannik (que lamentablemente falleció demasiado pronto, en el 2012) dedicó gran parte de su carrera a desarrollar una teoría situacional de la enfermedad, que, me parece, congenia profundamente con la psicología cultural (Gannik, 2005; 2009). Su trabajo, basado en estudios de enfermedades somáticas, sobre todo problemas de espalda, es poco conocido fuera de Escandinavia, pero su teoría es digna de mención por su sencilla elegancia. Aunque sin duda es pertinente en relación con la medicina somática, parece ser aún más acertada en relación con los problemas psiquiátricos. Por razones similares a las expuestas anteriormente, Gannik rechazó las teorías esencialistas de la enfermedad (aunque existe una distinción convencional entre enfermedad y dolencia, su teoría la convierte en problemática), ya que consideraba la enfermedad como algo relacional, «idéntico a la relación interactiva de una persona con su entorno», y también como algo performativo: «La teoría se abstiene de abordar la enfermedad como algo “en sí” más allá de las acciones o reacciones con las que una persona responde a las experiencias corporales cotidianas» (Gannik, 2005: 332). Refiriéndose al hecho bien establecido de que los síntomas están omnipresentes en nuestras vidas y que la mayoría de nosotros experimentamos todos los días sensaciones desagradables en nuestros cuerpos, Gannik señaló que los síntomas no son enfermedades ni trastornos, argumentando que deberíamos hablar de las enfermedades, dolencias o trastornos como algo que las personas «hacen» (realizan, ejecutan) en relación con los entornos físicos y sociales. Solo existen en y a través de las formas en que se representan. Así lo ha afirmado también la etnógrafa y filósofa Annemarie Mol en su estudio sobre la aterosclerosis, por ejemplo (Mol, 2002). Mol afirma que no deberíamos pensar en las enfermedades como «construidas», ya que esta metáfora hace hincapié únicamente en las actividades simbólicas humanas de construcción social, dejando fuera el cuerpo y el mundo material (32). En su lugar, deberíamos utilizar la metáfora de la actuación, o hablar de «ejecución». Los objetos, como los trastornos, se representan en las prácticas, pero esta afirmación no debe llevarnos a pensar que simplemente los realizan actores individuales (que podrían elegir hacerlo de otro modo). Por el contrario, la idea de ejecución¹³ sugiere «que las actividades tienen lugar, pero los actores quedan en segundo plano» (33). Los actos presuponen toda una serie de mediadores que hacen posible la acción. Si preguntamos «¿quién lo hace?» (del

TDAH, por ejemplo), la respuesta no solo debe incluir a la persona que sufre, ya que los acontecimientos «se hacen realidad gracias a varias personas y a muchas cosas. Las palabras también participan, además del papeleo, las habitaciones, los edificios y el sistema de seguros» (25). Y muchas cosas más. La complejidad que esto entraña hace necesario lo que Mol denomina una «apreciación praxiográfica de la realidad» (53), que estudia cómo las cosas se hacen realidad en las prácticas socio-materiales. (Remito al lector a su libro para que se haga una idea de cómo trabajar metodológicamente con esta perspectiva). Contra el esencialismo, esto significa que resulta imposible aislar la «esencia» de un trastorno en un único lugar (como el cerebro) y, contra el construccionismo social, significa que intervienen muchas fuerzas además de las puramente humanas (como las simbólicas o discursivas).

Volviendo a Gannik, podemos decir que su modelo tampoco reduce la enfermedad/el trastorno a la persona como tal (esencialismo), ni al sistema social en sí mismo (construccionismo). Más bien, la enfermedad y el trastorno se encuentran siempre en una relación entre una persona (u organismo) y las situaciones vitales (constituidas por prácticas socio-materiales). Esta perspectiva relacional significa que los problemas de las personas están radicalmente situados. Solo existen en sus manifestaciones concretamente situadas, y no en nada que esté detrás o más allá de esto. Por tanto, el esencialismo fracasa. Pero también significa que los problemas son irreductiblemente reales —tan reales como cualquier cosa— y a veces obstinadamente reales. Por tanto, el construccionismo social en sus versiones radicales fracasa. Deberíamos mantener una perspectiva construccionista social moderada, porque ciertos factores importantes relacionados con los trastornos mentales se construyen socialmente (algunas normas inherentes a nuestras prácticas sociales, por ejemplo), pero también debemos reconocer la importancia de factores de los que no puede decirse que sean socialmente construidos. Es la relación entre estos factores lo que debe estar en el punto de mira. La teoría de Gannik implica que tratar relacionalmente los trastornos de las personas puede implicar cambiar a la persona (por ejemplo, mediante técnicas cognitivas o fármacos) o cambiar las prácticas socio-materiales (por ejemplo, inventando nuevas prótesis culturales o nuevas prácticas discursivas). De lo que se trata es de que los problemas de una persona no se localicen en un único lugar, sino que se dispersen en múltiples mediadores.

Si miramos la historia de Tom a través de esta lente, podemos ver que sus problemas no están solo construidos socialmente, además de que parece poco

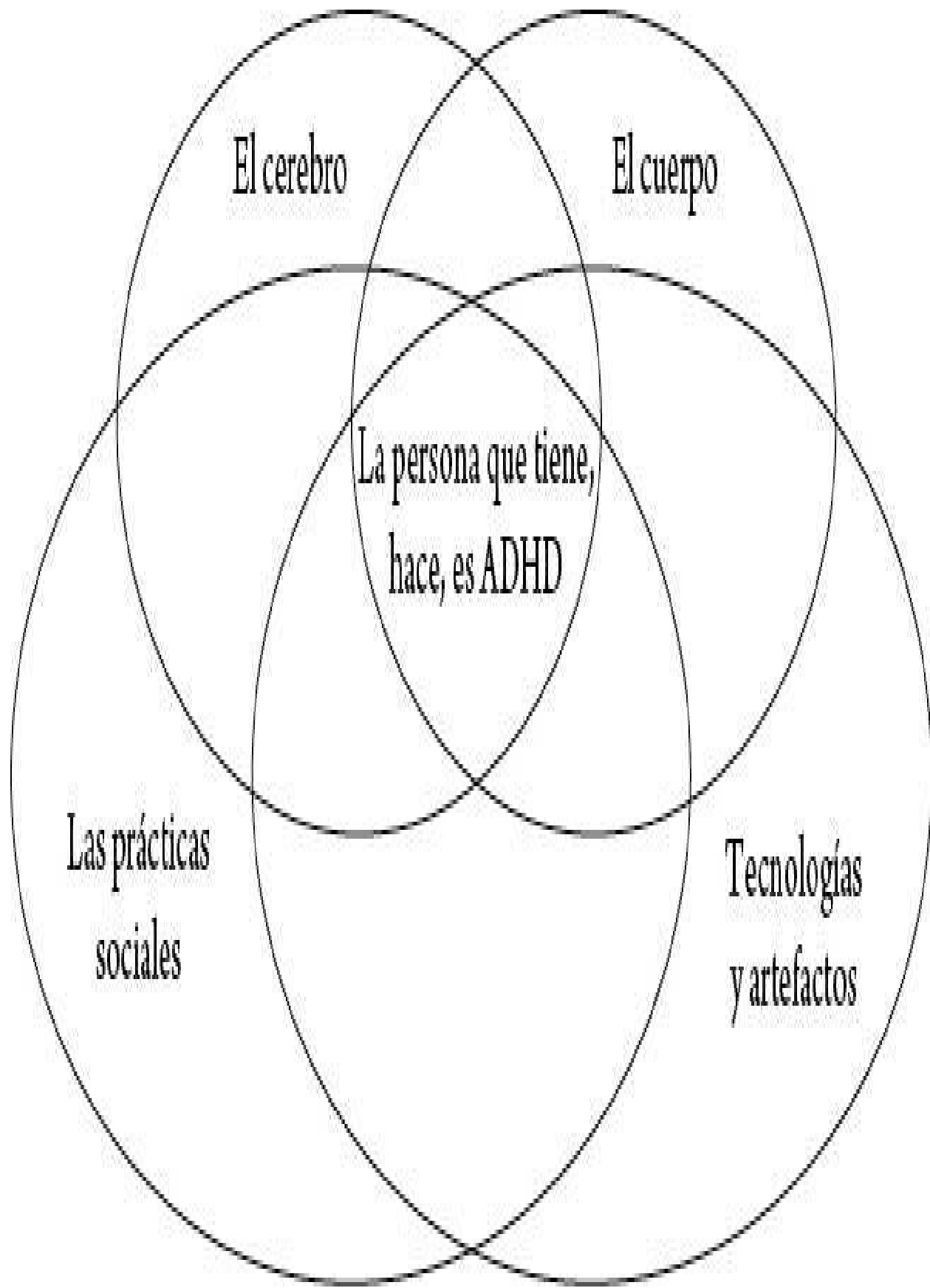
útil afirmar que en este caso el diagnóstico de TDAH constituye simplemente una especie de control social (con permiso de Conrad, 2006). Existe un sufrimiento que se experimenta en su vida, y que está relacionado con comportamientos disruptivos y un temperamento problemático; pero, al mismo tiempo, este fenómeno parece convertirse en TDAH solo en el contexto de ciertas prácticas socio-materiales y sus normas, en relación con las cuales el problema puede ser representado como TDAH. Una psicología cultural de los trastornos mentales debería preguntarse qué mediadores están implicados en un caso dado que hace posible esta forma de representación. (Más adelante esbozo una respuesta).

Un enfoque situacional de la historia de Tom también parece implicar que, en ciertos contextos, como el militar, donde no se manifiestan los «síntomas», debemos tener cuidado de concluir que una persona «tiene TDAH». Quizás debamos concluir que Tom no tenía TDAH en el ejército. Desde la perspectiva situacional, uno no «tiene» simplemente TDAH (o cualquier otro trastorno) — aquí, allí y en todas partes—, sino que lo manifiesta solo cuando están presentes ciertas condiciones contextuales y mediadores, e incluso en contextos vitales en los que la condición puede manifestarse (como en las escuelas), vemos que alguien como Tom es capaz de eliminar, o al menos, disminuir sus síntomas con el uso de tecnologías culturalmente disponibles, como las listas de tareas. Como psicólogos culturales, podemos esperar que la investigación futura sobre el TDAH y los diagnósticos relacionados no solo tenga como objetivo desarrollar nuevos fármacos dirigidos a la química cerebral, sino también proveer las herramientas cotidianas que sean mucho más efectivas de forma inmediata (aunque con mucho menos prestigio y dinero en juego) que puedan utilizarse como «tecnologías de asistencia» cognitiva (Gillespie, Best y O'Neill, 2012).

La mente mediada y sus trastornos

Si seguimos a Gannik y Mol y buscamos un marco intermedio entre el esencialismo y el construccionismo radical, la pregunta para un psicólogo cultural pasa a ser: ¿qué tipo de mediadores intervienen para hacer posible la puesta en escena de un trastorno determinado? Y la pregunta orientada a la

práctica se convierte en: ¿cómo se pueden cambiar estos mediadores para ayudar a las personas que sufren? El uso aquí del término «mediador» se basa obviamente en la tradición de la psicología cultural de entender la mente (y sus trastornos) como algo mediado. En el capítulo 1, introduje una teoría psicológica cultural de la mente como un conjunto de habilidades y disposiciones, constituido por diferentes conjuntos de mediadores, y en publicaciones psicológicas generales anteriores (Brinkmann, 2011b; 2012), he desarrollado esta teoría argumentando (1) que los fenómenos psicológicos (nuestras formas de actuar, sentir, percibir y pensar) son normativos en el sentido de que no ocurren sin más, sino que más bien son hechos (realizados, promulgados) por las personas en relación con las normas sociales inherentes a las prácticas sociales (véase también Harré, 2002); (2) que la mente debe considerarse no como una entidad, sino como un nombre para las habilidades y disposiciones que permiten a las personas representar fenómenos psicológicos; y (3) que una serie de mediadores están involucrados en la constitución de esta representación. Algunos de los mediadores son literalmente herramientas, mientras que otros, como el cerebro, pueden considerarse metafóricamente como herramientas (Harré, 2012). Los cuatro tipos principales de mediadores son el cerebro, el cuerpo, las prácticas sociales y los artefactos materiales, como se muestra en el esquema 7.1. Analizaré brevemente cómo cada uno de ellos (que están solapados y entrecruzados) puede estar implicado en la constitución del fenómeno del TDAH. Huelga decir que solo puedo ofrecer un esbozo del argumento en este contexto.



Esquema 7.1. Los mediadores constituyentes del fenómeno TDAH

En cuanto al cerebro, hay que decir que, aunque no se han encontrado marcadores biológicos del TDAH (ni de ningún otro trastorno mental) que hagan posible el diagnóstico, para la mayoría de los investigadores (incluido yo) es inconcebible que el cerebro no esté implicado en la constitución del fenómeno del TDAH, por la sencilla razón de que el sistema nervioso central está activo en relación con cualquier proceso psicológico imaginable. El cerebro es una herramienta que las personas emplean cuando piensan, sienten y actúan, y también cuando no lo hacen de formas culturalmente sancionadas. Un programa reduccionista de las neurociencias estudiará cómo se piensa, se siente y se actúa en el cerebro, pero un psicólogo cultural (que esté abierto a las neurociencias) insistirá más bien en que solo las personas (y no sus cerebros) piensan, sienten y actúan (a veces de formas que se etiquetan como «TDAH»), aunque sin duda necesitan sus cerebros para hacerlo. Grandes programas de investigación se dedican hoy en día a examinar los cerebros de las personas que tiene el diagnóstico del TDAH (Buitelaar, Kan y Asherson, 2011); tendremos que esperar para ver si surge algo significativo. No obstante, sabemos que el cerebro es plástico, lo que puede significar que no se puede encontrar ningún patrón —o esencia— común en el cerebro de las personas diagnosticadas. En cualquier caso (y lo considero un punto bastante trivial), el cerebro es sin duda un mediador que interviene en la constitución del fenómeno del TDAH. Y lo mismo ocurre con el cuerpo. No son muchos los investigadores que se ocupan de la corporeidad de los trastornos mentales, pero Maiese (2012) es una excepción en el caso del TDAH. Basándose en una fenomenología del cuerpo, sostiene que el TDAH representa una orientación corporal problemática a través de la cual una persona interactúa con el mundo y le da sentido. Sostiene además que los mecanismos del cuerpo para el encuadre afectivo, que sirven para ayudar a las personas a comprender lo que es importante en diferentes situaciones, son defectuosos en las personas que padecen TDAH. Es difícil evaluar el grado en que esta perspectiva se aplica a Tom, sobre todo porque las formas en que se ha organizado en su casa hacen que su vida cotidiana sea predecible. Sin embargo, a partir de encuentros y conversaciones con muchos otros adultos diagnosticados

de TDAH, es reconocible que algunos de ellos tienen problemas para centrarse en lo que para la mayoría de las demás personas es importante en una situación social (lo que a veces da lugar a curiosos malentendidos interpersonales). Algunos investigadores también han observado la asincronía corporal y la falta de «ritmo social» que caracteriza a algunas personas con el diagnóstico del TDAH, lo cual requiere una mayor investigación sobre encarnación y no solo neurociencia.

En tercer lugar, y casi trivialmente desde una perspectiva científico-social, está la forma en que el TDAH está mediado por ciertas normas sociales tal y como están inscritas en las prácticas sociales. Los investigadores han descubierto, por ejemplo, que la fecha de nacimiento de un niño es un factor de predicción muy potente de si ese niño recibirá o no el diagnóstico de TDAH: algunos estudios realizados en Estados Unidos muestran que un niño que ha nacido en enero tiene un 70 % más de riesgo de ser diagnosticado que un niño que lo ha hecho en diciembre, debido a la fecha límite para ser asignado a un curso escolar (Frances, 2013: 141). Lo que ocurre es que los comportamientos relativamente inmaduros de un niño son patologizados como TDAH dentro de las prácticas sociales de las escuelas actuales. Con esto, por supuesto, no quiero decir que los niños realmente tengan TDAH debido a su fecha de nacimiento, pero este hallazgo ciertamente hace evidente que el TDAH está co-constituido por normas sobre la concentración y la discreción en la sociedad moderna, y específicamente en las escuelas. En su relato de la creación histórica del TDAH, el historiador Matthew Smith ha llegado incluso a vincular la epidemia de hiperactividad en EE.UU. con el «pánico del Sputnik» que surgió después de que los rusos consiguieran poner el Sputnik en órbita alrededor de la Tierra, lo que llevó a los educadores estadounidenses, presas del pánico, a reformar las escuelas de EE.UU. para poder vencer a la Unión Soviética, que, supuestamente, tenía mucha más disciplina en comparación con la pedagogía reformista de John Dewey, que había caracterizado al sistema escolar estadounidense (Smith, 2012). Resulta fascinante que la política mundial pueda tener este tipo de consecuencias, que están muy localizadas, para los individuos diagnosticados. En el caso de Tom, como he intentado demostrar, está bastante claro que sus síntomas aparecen como problemáticos solo fuera del contexto fuertemente organizado del ejército, donde ha tenido que llevar una vida adulta independiente, decidiendo cada día qué hay que hacer, cuándo y cómo. Se ha descrito la vida moderna en Occidente como una «tiranía de la elección» (Schwartz, 2004), que celebra al individuo autónomo y reflexivo que toma decisiones en numerosas prácticas sociales, lo que puede crear nichos ecológicos en los que las personas son propensas a ser

diagnosticadas con TDAH si no cumplen las normas de la libre elección constante. Obviamente, esta idea también presupone que la propia categoría existe, lo que ha sido el caso en el sistema DSM desde 1987. Por último, el cuarto tipo de mediador es el artefactual, que implica todo tipo de tecnologías. Para algunos trastornos, es evidente que los mediadores de este tipo intervienen en la constitución del problema: la dislexia, por ejemplo, solo es posible gracias a la existencia del lenguaje escrito. En cuanto al TDAH, es interesante que los criterios de diagnóstico incluyan cosas como «juguetear o dar golpecitos con las manos o retorcerse en el asiento» y «perder cosas necesarias para las tareas o actividades (por ejemplo, material escolar, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, papeles, gafas y teléfonos móviles)». ¹⁴ En un mundo sin asientos (en las instituciones escolares), lápices, libros, etc. (que son representantes de las «tecnologías del aprendizaje» como tales), y sin las disposiciones socio-materiales pertinentes de las prácticas educativas en las que los cuerpos se socializan para un determinado tipo de comportamiento, es difícil imaginar que pueda existir el TDAH. Las tecnologías pueden contribuir a la creación de trastornos, pero, por supuesto, también pueden ayudar a aliviar los síntomas (ya he descrito cómo Tom usa las tecnologías materiales en sus intentos de regular sus actividades vitales de diversas formas fructíferas).

El objetivo de enumerarlos aquí es hacer hincapié en que el trastorno no puede aislarse en ninguno de estos conjuntos de mediadores, sino que debe considerarse como algo que está distribuido entre ellos y a través de ellos. El argumento es que no existe una esencia en ninguna parte que constituya el TDAH en sí mismo, sino que diferentes mediadores (neuronales, corporales, prácticos, discursivos y artefactuales) pueden estar involucrados relacionamente en diferentes casos para constituir un problema en relación al diagnóstico del TDAH. Juntos, los mediadores permiten a las personas representar sus problemas en relación al TDAH: se necesita un cerebro y un cuerpo que funcionen, así como prácticas sociales con normas y categorías discursivas, además de diversos artefactos (y no he entrado en detalles sobre tecnologías como las listas de control de síntomas, pastillas, aplicaciones para smartphones, etc.). Hablar de representar el TDAH —o de vivir bajo la descripción del «TDAH» (Martin, 2007)— no significa que las personas lo hagan conscientemente. Los comportamientos que designamos como TDAH no se eligen, pero tampoco son completamente mecánicos. Estoy de acuerdo con Martin (que habla del trastorno bipolar en la siguiente cita) en que ser hiperactivo «no encaja fácilmente en ninguno de los extremos de opuestos como consciente/inconsciente, habitual/novel, obligado/elegido, o innato/aprendido»

(83). Necesitamos un nuevo lenguaje, un nuevo enfoque científico para «describir el espacio entre estos polos» (83), ya que es ahí donde se manifiestan la mayoría de los trastornos. Adentrarse en este terreno debería ser tarea de los psicólogos culturales, si es que quieren estudiar el trastorno mental, los cuales, además, están particularmente bien equipados para hacerlo debido a su enfoque amplio y holístico de la vida mental.

Mi argumento puede resumirse volviendo brevemente a Tom. Si mi argumento es válido, deberíamos ver el TDAH de Tom como algo mediado por su cerebro, su cuerpo, sus prácticas sociales y diversas tecnologías. En contra del esencialismo, sus problemas no se limitan a ninguno de ellos y, en contra del construccionismo, el TDAH representa algo más que un discurso (patologizante) que se aplica a un mundo neutro o sin forma. Es de esperar que una ampliación de nuestros planteamientos sobre los trastornos mentales desde la psicología cultural pueda conducir también a formas innovadoras y humanas de ayudar a las personas que tienen problemas. A veces, es probable que la mejor ayuda se encuentre analizando algunos de los mediadores (quizá solo uno), pero afirmaré que, en principio, deberíamos ser capaces de abordarlos todos. Los psicólogos culturales están especialmente bien equipados para estudiar los mediadores de las prácticas sociales y las tecnologías, pero también deberían ser sensibles a la naturaleza encarnada de los problemas mentales. Podría objetarse que Tom es un caso especial y que otros trastornos se manifiestan de forma mucho más sistemática en la vida de las personas. Probablemente, esta afirmación es correcta, pero no creo que invalide el argumento general de que los psicólogos culturales deberían teorizar los trastornos mentales como problemas relacionales y situacionales encarnados, relacionados con una mente mediada.

A menudo existe un elemento de elección en la designación de los problemas humanos. No está claro que el enfoque más adecuado para el problema de Tom sea el que lo concibe como un trastorno mental. Esta operación ocurre con bastante frecuencia y representa un desafío a las principales teorías del trastorno mental: contra la teoría neurocientífica, debemos decir que realmente no sabemos si hay algo «malo» en el cerebro de Tom y, de todos modos, no sabemos qué cerebro representa la normalidad; contra la teoría de Boorse podemos decir que sí, que es probable que Tom tenga un rendimiento inferior al normal en algunos parámetros relacionados con la concentración y el control de los impulsos, pero si estos problemas solo se manifiestan en determinados entornos, parece demasiado individualista ubicar el problema únicamente dentro de él; contra la teoría de Wakefield, debemos responder que parece bastante

especulativo argumentar que Tom tiene un módulo mental disfuncional (y, de todos modos, ¿cómo debería evaluarse esto en la práctica?); y, por último, en contra del enfoque fenomenológico, nos resulta difícil señalar una «ruptura de las conexiones significativas» en la vida de Tom. Pero, aun así, Tom tiene algunos problemas, especialmente desde que dejó el ejército. Mi argumento ha sido que es mejor renunciar a la búsqueda de una teoría única sobre el trastorno mental y, en su lugar, reconocer los diferentes conjuntos de mediadores que están en juego para que él se pueda representar su diagnóstico del TDAH. Es probable que la toma de conciencia de esta idea también permita a Tom, y a otras personas de su entorno, mejorar sus condiciones de vida y quizás eliminar los síntomas del TDAH, como ocurrió en sus años en el ejército.

Conclusiones

En este capítulo he examinado directamente la noción de trastorno mental y he intentado desarrollar un enfoque global basado en una teoría psicológica cultural integradora. Según esta teoría, los trastornos mentales en general no están constituidos por condiciones necesarias y suficientes, no son tipos naturales (véase el capítulo 2), y no hay esencias (por ejemplo, en el cerebro) que por sí mismas constituyan los trastornos mentales; es decir, necesitamos una teoría no esencialista. Sin embargo, esto no significa que debemos concluir que hablar de trastornos mentales es «solo» un discurso que produce aquello de lo que habla. El rechazo del esencialismo no debe llevarnos a una posición construccionista social radical. Los discursos y las categorías son importantes (sobre todo como objetos-frontera que mantienen unidas las prácticas; véase Bowker y Star, 2000), pero representan meramente un tipo de fuerza que se enreda con otros tipos de fuerzas —relacionadas con cerebros, cuerpos y entornos— para constituir los trastornos mentales. Se trata, en definitiva, de una perspectiva situacional y relacional de la mente y sus trastornos que se desarrolló con referencia a Gannik (y también a Mol). Como objetos límite, los diagnósticos representan, y se refieren, a «híbridos de naturaleza y cultura, y a complejos tecno-humanos» (Lock, 2001, 488), mientras que los trastornos de la mente no están —al igual que la propia mente no lo está— «localizados en ningún lugar en absoluto, sino que están distribuidos entre el cerebro, el cuerpo y el entorno», como ha

argumentado el psiquiatra fenomenológico y teórico de la psicopatología Thomas Fuchs (Fuchs, 2009: 221). Así pues, el análisis psicológico cultural no niega que haya componentes neuronales en los problemas mentales, sino que simplemente (¡lo cual, sin embargo, no es tan sencillo!) insiste en que algo puede manifestarse como un trastorno mental solo en las prácticas socioculturales en las que las personas encarnadas actúan, piensan y sienten (a veces de formas problemáticas). Los diagnósticos, las experiencias y los trastornos están entrelazados de forma compleja y son propiedades tanto del entorno como del organismo.

Hasta ahora, pocos estudios han aplicado empíricamente esta perspectiva; una excepción es el estudio del estrés como fenómeno colectivo y distribuido en el lugar de trabajo realizado por Kirkegaard y Brinkmann (2015). En psicología, el estrés se concibe ahora a menudo según el modelo introducido por Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984), según el cual el estrés se desarrolla sobre la base de dos pasos cognitivos, el primero de los cuales implica la cuestión de si un suceso en la vida de una persona constituye una amenaza o no, mientras que el segundo se refiere a una evaluación de los recursos con los que cuenta una persona para hacer frente a ese suceso (si efectivamente se evalúa como una amenaza). Basándose en el trabajo de campo realizado en una organización laboral, Tanja Kirkegaard ha demostrado que los procesos de evaluación y afrontamiento están, por un lado, mucho más arraigados socialmente de lo que parecía en las formulaciones originales de Lazarus. Rara vez se evalúa y se afronta de forma aislada, sino que, más bien, se suelen desarrollar entre y con otras personas con las que se dialoga. Y, por supuesto, los procesos también se sitúan en un paisaje material de oficinas, calendarios, ordenadores, reuniones y muchas más cosas que constituyen recursos (y barreras) en los intentos de las personas por hacer frente a sus tareas y amenazas. Así pues, si este estudio es válido y potencialmente generalizable, puede inspirarnos para repensar no solo el estrés (que no es como tal un diagnóstico psiquiátrico), sino también otros problemas mentales en términos distribuidos, dialógicos y relacionales. El estrés, el TDAH, la depresión y todos los demás problemas mentales los experimentan, los tienen y los hacen las personas, pero esto no significa que los problemas puedan aislarse en lo que ocurre «dentro» de ellas. Más bien, intervienen otros muchos factores, incluidos los efectos de las categorías diagnósticas como tales.

13. N. del T.: «Enactment» en el texto original. Las derivas de significado necesarias para entender la cita de Mol se pierden en la traducción.

14. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/diagnosis.html>

8. Conclusiones generales

Como digo en la introducción de este libro, mis objetivos han sido cuatro:

(1) Trazar las culturas del diagnóstico emergentes en la sociedad contemporánea y hacer la siguiente pregunta: ¿cómo afectan los diagnósticos psiquiátricos a la sociedad moderna y a las personas que viven hoy en día?

(2) Analizar el impacto de las culturas del diagnóstico en nuestra comprensión y tematización de diversos problemas humanos: ¿cómo utilizan los diagnósticos las personas diagnosticadas (o cómo se entienden cada vez más a sí mismas a la luz de las categorías diagnósticas)?

(3) Articular una perspectiva psicológica cultural (que integre la psicología social, la sociología y los estudios culturales) aplicable a fenómenos «clínicos» (como el TDAH): ¿cómo interactúan los problemas personales con tendencias sociales más amplias, y cómo puede estudiarse esta relación?

(4) Cuestionar críticamente la distinción entre naturaleza y cultura, o entre biología y ciencias sociales, que es cada vez más incapaz de ayudarnos a explicar los sufrimientos que padecen las personas en su vida actual: si la mayoría de los trastornos mentales que se diagnostican representan entrelazamientos de cuestiones biológicas, psicológicas y sociales, entonces ¿cómo debe definirse y abordarse (teórica y prácticamente) el trastorno mental?

A continuación, volveré sobre estos objetivos y cuestiones y resumiré cómo los he abordado a lo largo del libro. Lo haré bajo una serie de epígrafes que creo que recogen algunos de los dilemas y preocupaciones más importantes de nuestras culturas del diagnóstico, que han aparecido a lo largo de los distintos capítulos de este libro.

Problemas y potencialidades de las culturas del diagnóstico

¿Cómo afectan los diagnósticos psiquiátricos a la sociedad moderna y a las personas que viven hoy en día? Esa era mi primera pregunta, y en este libro he señalado un gran número de funciones que tienen los diagnósticos. Para una sociedad moderna compleja y sus instituciones del bienestar, los diagnósticos representan una importante herramienta de asignación que se utiliza para distribuir los recursos destinados a tratamientos, intervenciones y prestaciones y servicios del bienestar. Para los profesionales de la salud y los investigadores, los diagnósticos son a menudo el punto de partida que debe quedar claro antes de saber otras cosas sobre un paciente, mientras que para los propios diagnosticados —que han sido el centro de atención del libro— los diagnósticos psiquiátricos se utilizan para enmarcar sus problemas como fuerzas o entidades (cf. «entificación») dentro de las personas, y que pueden ser controlables o no. Se utilizan en una economía moral de culpa y excusa, y ante todo se utilizan para proporcionar explicaciones de los sufrimientos y excentricidades de las personas, ya estén teóricamente justificados o no. Aunque en este libro he criticado a menudo las funciones de los diagnósticos, también he intentado examinar sus beneficios, lo cual es una tendencia general hoy en día, ya que los investigadores se interesan tanto por los aspectos positivos como por los negativos de los diagnósticos psiquiátricos (McGann, 2011: 332).

El capítulo 3 mostraba cómo se puede conceptualizar el sufrimiento humano y actuar sobre él con el uso de diferentes lenguajes, y hacía hincapié en cómo el vocabulario diagnóstico de la psiquiatría ha superado a otros lenguajes (religioso, existencial, moral, político) en un número cada vez mayor de contextos. Esto supone una amenaza para nuestra capacidad de ver los problemas de las personas en términos sociales y políticos, y corre el riesgo de individualizar y patologizar la angustia que sienten las personas. Los capítulos 4 y 7 incluían referencias a trabajos empíricos sobre cómo los adultos diagnosticados con TDAH utilizan su diagnóstico para interpretarse a sí mismos, y en los que el diagnóstico a menudo opera dentro de complejas prácticas de subjetivación. No se trata de un determinismo mecánico, en el sentido de que las personas diagnosticadas se convertirán en lo que el diagnóstico predice, sino que se producen varios efectos bucle, como ha demostrado Hacking, lo que significa que es difícil predecir lo que ocurrirá con la introducción de un nuevo diagnóstico. Hay que fijarse en casos concretos y guardarse de formular conclusiones a priori.

Siguiendo a Hacking, en el capítulo 2 sostuve que los diagnósticos se refieren a tipos humanos y no naturales, lo que significa que existe una interacción entre las clasificaciones y los clasificados, mediada por numerosas prácticas institucionales, culturales y sociales. En resumen, podemos concluir que en las culturas del diagnóstico modernas se producen procesos de patologización y, más ampliamente, de psiquiatrización, pero no parece justificado concluir que siempre son problemáticos para las personas implicadas. Ciertamente pueden ser problemáticos, pero a menudo las personas son capaces de actuar e interpretar y utilizar de forma creativa los diagnósticos que se les dan, por lo que, aunque un diagnóstico puede ser estigmatizante y contribuir al mantenimiento de un problema en la vida de una persona, también puede funcionar para externalizar el problema y proporcionar oportunidades hacia una acción fructífera para una persona diagnosticada. Jutel y Nettleton resumen muy bien las complejidades implicadas en este proceso: «Un diagnóstico puede reivindicar y culpar, puede legitimar o estigmatizar, puede facilitar el acceso a los recursos del mismo modo que puede restringir las oportunidades. Un diagnóstico puede ser bienvenido o rechazado» (Jutel y Nettleton, 2011, 797).

Aunque creo que deberíamos esforzarnos por realizar una evaluación justa y equilibrada de las funciones de los diagnósticos psiquiátricos en la sociedad moderna, creo que es pertinente resumir algunos de los problemas relacionados con el uso generalizado de los diagnósticos. Dicha lista ha sido elaborada por la socióloga médica Dorte Gannik, a quien conocimos en el capítulo 7, aunque los dos problemas finales son añadidos míos (adaptado de Gannik, 2009):

1. No se puede iniciar ningún tratamiento hasta que se haya formulado un diagnóstico. Por ello, puede perderse un tiempo valioso.
2. El tratamiento puede estandarizarse en función de la categoría diagnóstica.
3. El diagnóstico invita a pensar en una de estas dos opciones: o se recibe tratamiento o no se recibe.
4. Las afecciones atípicas y mixtas no se abordan o se diagnostican erróneamente.
5. Esta afirmación también se aplica a los casos que carecen de pruebas patológicas.

6. El sector hospitalario recibe una cantidad desproporcionadamente grande de los recursos disponibles.
7. La vida cotidiana del enfermo y el contexto del trastorno se ignoran fácilmente.
8. El tratamiento se centra en el efecto deseado, mientras que otros efectos se dejan de lado.
9. El diagnóstico individualiza un problema que puede ser de naturaleza social.
10. Si todo lo que tienes es un martillo, todo te va a parecer un clavo, y si todo lo que tienes es un manual de diagnóstico, todo te parecerá un síntoma.

Algunos de estos problemas están relacionados con el sobrediagnóstico. El sobrediagnóstico se produce cuando el diagnóstico enmarca algo que no es perjudicial para la persona diagnosticada, pero que conlleva consecuencias nocivas, quizá porque se inicia un tratamiento que tiene graves efectos secundarios. Creo que las investigaciones futuras deberían abordar los posibles efectos secundarios negativos de los propios diagnósticos psiquiátricos: no solo los productos psicofarmacológicos tienen efectos secundarios; también puede tenerlos el proceso de ser diagnosticado e iniciar una interpretación de la propia vida a la luz de una nueva categoría diagnóstica. Aunque un diagnóstico puede ser externalizador, como he argumentado, también puede ayudar a producir una identidad de paciente, en la que la persona puede tener problemas para encontrar vías de desarrollo en la vida que sean distintas de las predichas por el diagnóstico orientado al déficit. Merecerá la pena estudiar específicamente cuándo un diagnóstico conduce a una mejora de las condiciones de vida de las personas y cuándo conduce a un empeoramiento de las mismas, quizá como resultado de la patologización.

Que un diagnóstico pueda tener consecuencias infructuosas es una paradoja, ya que los diagnósticos se formulan con el objetivo de ayudar a las personas. En la introducción del libro, hice referencia a un programa de televisión que, en muchos sentidos, encarnaba varias paradojas (o al menos contradicciones) que se asocian de forma más general con las culturas del diagnóstico que he descrito y analizado en este libro: (1) a través de los diagnósticos, los problemas

psiquiátricos se abordan como problemas médicos —y sin embargo no son solo eso—; (2) a través de los diagnósticos, los problemas psiquiátricos se equiparan a síntomas manifiestos y a veces pasajeros —y sin embargo los diagnósticos tienen tendencia a reforzar la cronicidad—; (3) a través de los diagnósticos, los problemas psiquiátricos se presentan como problemas «cotidianos», porque muchos de nosotros podríamos ser diagnosticados —y sin embargo normalizar los trastornos puede causar problemas a las personas si implica que sus problemas no pueden ser reconocidos como suficientemente graves—. Parece claro que las culturas del diagnóstico son intrínsecamente paradójicas.

Entre las categorías diagnósticas y la experiencia humana

Ya me he referido a mis respuestas a la siguiente pregunta principal que he planteado en este libro: cómo utilizan los diagnósticos las personas diagnosticadas (o cómo se entienden cada vez más a sí mismas a la luz de las categorías diagnósticas). La respuesta fue que los diagnósticos se utilizan de muchas maneras diferentes para muchos propósitos diferentes: algunos de ellos son existenciales y morales (para poder comprenderse mejor a uno mismo y actuar adecuadamente en su vida), mientras que otros son más instrumentales (para obtener asistencia social, por ejemplo). Pero el quid teórico de la cuestión parece centrarse en cómo se puede explicar el proceso de comprensión de uno mismo a través del diagnóstico: ¿cuál es la relación entre las categorías diagnósticas y la experiencia humana? En el capítulo 2 argumenté que los diagnósticos son objetos epistémicos que hacen posible tener, ser y hacer los trastornos mentales de formas específicas. Esto no quiere decir que las categorías diagnósticas determinen por sí solas las experiencias personales, pero sin duda influyen en ellas. Funcionan como mediadores semióticos, como argumenté en el capítulo 4, a menudo junto con tecnologías de cuantificación que ayudan a crear subjetividades psiquiátricas cuantitativas, que fue uno de los temas del capítulo 5. De hecho, los análisis de este libro hacen hincapié en que es casi imposible separar las designaciones categóricas del sufrimiento y la angustia de la experiencia de ese mismo sufrimiento y angustia (véase también Nielsen,

2015). Tekin también ha defendido este argumento en una discusión sobre el yo como implicado en los efectos bucle, siguiendo a Hacking: «No es fácil —si es que es posible— distinguir la influencia del diagnóstico del trastorno mental en la autoimagen y el comportamiento del trastorno mental en sí mismo» (Tekin, 2014, 228).

Si esto es así, en futuras investigaciones deberíamos abordar las interrelaciones entre las experiencias de angustia y las categorías que invocamos para describir y comprender esa angustia. En psicología existe una distinción convencional entre sensaciones (sentimientos en bruto, no interpretados), percepciones (cuando las sensaciones se interpretan como sentimientos de algo) y cogniciones (la comprensión consciente y reflexiva de algo mediante el uso de categorías racionales). En relación con los temas de este libro, esta distinción nos llevaría a ser conscientes de cómo los marcadores sensoriales (experiencias desagradables, correspondientes a sensaciones en psicología) conducen a síntomas (correspondientes a percepciones) y, finalmente, si hay un número suficiente de síntomas, a diagnósticos (correspondientes a cogniciones). Las flechas de influencia deberían apuntar en ambas direcciones al mismo tiempo, ya que sabemos que las comprensiones y categorías más reflexivas pueden influir en cómo percibimos y experimentamos algo. Existe una interacción extremadamente compleja de experiencias sensoriales (de fatiga, hiperactividad, etc.), síntomas y diagnósticos, cada uno de los cuales puede influir en los demás. Esto es lo que la psicología cultural, con su énfasis en la mediación semiótica y su perspectiva adicional sobre las relaciones con las prácticas y estructuras sociales más amplias, es capaz de abordar. Puede ocurrir a grandes escalas macrosociológicas, como he argumentado en el capítulo 5, donde la lógica de la cuantificación se ha inscrito dentro de numerosas prácticas sociales, incluidas las que se ocupan de los problemas humanos.

El enfoque de este libro sobre los trastornos mentales debería llevarnos a desconfiar de las teorías que apuntan a causas discretas y aisladas detrás de los problemas de las personas. Como concluye Bolton (y muchos otros estudiosos citados en este libro estarían de acuerdo), «ninguna (prácticamente ninguna) afección psiquiátrica tiene una causa única y específica» (Bolton, 2008, 5). Reconocer esto, como argumenté en el capítulo 2, debería llevarnos a abandonar las interpretaciones esencialistas y de tipo natural del trastorno mental. En su lugar, deberíamos centrarnos en desarrollar modelos relacionales y situacionales, como el que sugerí en el capítulo 7. Se trataba de una teoría psicológica cultural (con la ayuda de Gannik y Mol) que se centraba en la normatividad y en la

interacción de diversas fuerzas o mediadores procedentes del cerebro, el cuerpo, las prácticas sociales (con sus normas y categorías discursivas) y también las tecnologías y los artefactos. Los trastornos mentales surgen como problemas de las personas (y no, por ejemplo, como problemas de los cerebros), que están en medio de estas diferentes fuerzas y mediadores. La futura investigación aplicada debería estudiar cómo desarrollar recursos de apoyo a través de estos conjuntos de mediadores para ayudar a las personas con sus problemas. A veces esta ayuda puede implicar «cambiar a la persona» (el cerebro o las interpretaciones que la persona haga de sí mismas), a veces puede implicar cambiar las condiciones ambientales o los artefactos, y a veces puede implicar cambiar las categorizaciones discursivas, que pueden contribuir por sí mismas a la creación de sufrimiento. Lo que debe quedar claro es que, aunque el diagnóstico actual de los problemas de las personas sea erróneo, y aunque probablemente se estén produciendo procesos masivos de patologización, no debemos llegar a argumentar a favor de negar ayuda a las personas. Como ha dicho Joan Busfield:

Decir que los problemas [...] no son enfermedades mentales no significa que quienes los padecen no deban buscar ayuda o que no deba proporcionárseles asistencia. Se trata de argumentar que no es útil patologizar esas dificultades, ya que considerarlas enfermedades mentales sitúa el problema dentro de la persona. Esta afirmación conduce a esfuerzos para cambiar a los individuos, a menudo mediante la prescripción de medicamentos psicoactivos, o instándoles a modificar la forma en que conceptualizan sus experiencias, en lugar de ver los problemas como consecuencia de las características de la sociedad en la que viven (Busfield, 2011, 195).

Recientemente, Alastair Morgan se ha preguntado si la psiquiatría está muriendo (Morgan, 2015). Al igual que muchos analistas en este libro, concluye que la idea «de que existen las enfermedades mentales discretas, con límites claros que debemos esforzarnos por codificar, clasificar y utilizar para una validación etiológica ya no es una forma útil de estructurar una respuesta a la angustia mental» (Morgan, 2015, 157). Además, enumera cinco cuestiones críticas que intervienen en la crisis actual de la psiquiatría, comparable a la del siglo

, y que dio lugar al movimiento antipsiquiátrico. Estas cuestiones críticas son:

(1) La neurociencia cognitiva/conductual, que quiere abandonar el enfoque basado en los síntomas y desarrollar la psiquiatría en una dirección biológica. La reciente iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU. (dirigido por Thomas Insel) de concentrarse en los «criterios de dominio de la investigación» (RDoC) es el ejemplo más visible. Sin embargo, este cambio en la investigación podría conducir fácilmente a que la psiquiatría se convirtiera en una rama de la biología (en lugar de la medicina) y, por tanto, tener consecuencias reduccionistas. Contra esto, he argumentado en este libro que necesitamos seguir defendiendo que las personas (y no sus cerebros) son los sujetos del trastorno mental.

(2) El posestructuralismo, representado más claramente por Nikolas Rose, que ha estudiado cómo aparece hoy la subjetividad a través de las ciencias biomédicas y cómo nos convertimos en seres neuroquímicos (Rose, 2003). Se trata de un giro posthumanista más descriptivo que crítico.

(3) El pluralismo conservador, representado por figuras como Allan Frances, que critica la expansión de la psiquiatría y sus categorías y reclama mejores diagnósticos capaces de «salvar lo normal» de ser patologizado.

(4) La psiquiatría crítica, que hace hincapié en la recuperación y critica a la psiquiatría dominante por descuidar los contextos sociales del sufrimiento y los significados subjetivos que las personas atribuyen a sus problemas.

(5) Pluralismo radical que, para Morgan, representa un intento de revivir las ideas psicoanalíticas y fenomenológicas profundas. No se trata tanto de que la enfermedad mental sea un mito, como dicen algunos de los psiquiatras críticos (siguiendo los pasos de Szasz), sino más bien de que la salud mental es un mito, porque —parafraseando a Freud— la vida se caracteriza por la «miseria ordinaria» («allgemeines Elend»).

Podemos concluir que el enfoque relacional-situacional del trastorno mental y de los diagnósticos, representado por la psicología cultural, tiene algo en común con cada una de estas perspectivas (todas las cuales contienen algo valioso, según Morgan). Con la primera perspectiva, comparte un interés en el cerebro. Este, sin embargo, no es concebido como un agente o locus del trastorno mental, sino como una herramienta significativa en los proyectos de vida de las

personas, y una herramienta que puede romperse en relación con las normas y preocupaciones de las prácticas sociales. Con la segunda, comparte el interés por cómo la subjetividad se ve afectada por las categorías y tecnologías de la sociedad moderna, aunque no plantea un determinismo de la interpelación (según el cual la subjetividad es un mero epifenómeno de las prácticas discursivas), sino que sitúa en la persona actuante en el centro de la escena. Con la tercera perspectiva, comparte la preocupación de que la psiquiatría actual patologiza demasiadas condiciones humanas, y con la cuarta y la quinta, se interesa por las experiencias de las personas que sufren, que deberían ser el punto de partida de las exploraciones científicas de los problemas humanos y del desarrollo de formas humanas de abordar estos problemas.

Como pocas otras teorías, el enfoque psicológico cultural, tal y como lo he invocado en este libro, es capaz de integrar varias vertientes complementarias, en particular una vertiente fenomenológica (que hace hincapié en la experiencia humana en mundos intencionales), una vertiente semiótico-discursiva (que hace hincapié en la mediación semiótica) y, por último, una vertiente orientada al objeto (que se centra en el papel de la tecnología y la mediación de artefactos en la vida cultural humana) (véase el esquema 1.1 del Capítulo 1). Los tres aspectos son necesarios si se desea comprender el trastorno mental de la forma más completa posible, y estoy seguro de que la investigación futura debería aspirar al pluralismo en lugar de buscar respuestas teóricas monolíticas a algo tan complejo y polifacético como el sufrimiento y la angustia humanos.

Las culturas del diagnóstico desde una perspectiva social

El libro no solo ha trazado las culturas del diagnóstico contemporáneas, sino que también ha relacionado la aparición de estas con los desarrollos sociales subyacentes. Me he referido a la noción de modernidad líquida de Bauman (en los capítulos 5 y 6) y también a otros diagnósticos sociológicos de nuestro tiempo. Estas ideas son relevantes cuando se trata de responder a la pregunta: ¿cómo interactúan los problemas personales con tendencias sociales más

amplias, y cómo puede estudiarse esto? Para responder a esta pregunta, quiero volver a mi ejemplo principal del TDAH y ofrecer una lectura comparativa de este trastorno y de la depresión (a la que también me he referido varias veces), ya que esta lectura puede arrojar luz sobre las actuales normas sociales de la persona. La persona con TDAH y la persona con depresión ejemplifican formas opuestas de divergir de estas normas. (Lo que sigue está inspirado en Petersen y Brinkmann, 2015).

El yo ideal actual (en nuestro mundo moderno líquido) es un yo emprendedor, activo, creativo y positivo. El yo ideal se relaciona consigo mismo como una reserva de competencias que hay que controlar y desarrollar. Esto implica una curiosa mezcla de autocontrol (ser capaz de trabajar constantemente y optimizarse a sí mismo) y autotransgresión (estar constantemente en movimiento y comprometido con el aprendizaje permanente en organizaciones que aprenden). Dos de las «epidemias» más frecuentes dentro de los trastornos mentales son la depresión y el TDAH. Ambas se tratan con psicofármacos, y ambas han ido en aumento en muchos países occidentales durante las dos últimas décadas. También son diferentes, por supuesto, ya que la depresión se diagnostica con más frecuencia entre las mujeres (y los adultos) y el TDAH entre los hombres (y los niños), aunque esto podría estar cambiando hacia una distribución más equitativa. Pero lo que me interesa aquí son las diferencias en la sintomatología: la depresión se caracteriza por una sensación de impotencia y cansancio, por una vivencia de no ser capaz de ponerse al día y rendir, y sobre todo por la anhedonia o falta de deseo. La persona deprimida no desea realmente nada y no es capaz de ver que su situación pueda cambiar en el futuro (Rønberg, 2014). Está orientada hacia el pasado, sobre el que se preocupa y rumia, y no hacia el desarrollo en el futuro. La persona deprimida es lenta y triste.

Esta descripción contrasta con la persona con TDAH, que, en cierto sentido, es demasiado rápida, a veces incluso cercana a la manía. La persona con TDAH vive demasiado en el futuro y muy poco en el pasado. Va constantemente por delante de sí misma, teniendo dificultades para mantener una presencia en el aquí y ahora. A diferencia de la persona deprimida, con un nivel de actividad disminuido, la persona con TDAH tiene un nivel elevado: es hiperactiva. Mientras que la persona deprimida piensa demasiado sin ser capaz de actuar, la persona con TDAH actúa demasiado, en cierto sentido, sin ser capaz de mantener un pensamiento. La depresión es una patología social en un mundo moderno líquido que exige autotransgresión, ya que la persona deprimida es incapaz de transgredir. El TDAH se convierte en una patología social en un

mundo moderno líquido que exige autocontrol, pues este es un reto para la persona hiperactiva en una cultura con pocos límites externos (ya que es la propia persona la que debe imponerse los límites, lo que presupone autocontrol).

Concluyo este libro con esta breve lectura de los trastornos de la depresión y el TDAH como dos formas opuestas de estar «mal» en relación con las exigencias sociales. La gran pregunta es: ¿están realmente enfermas las personas que padecen estos trastornos o simplemente son patologizadas por las exigencias y prácticas sociales? Esta cuestión se abordó en el capítulo 6, en el que se presentaron varias de las epidemias de los trastornos mentales actuales. En cierto modo, esta pregunta resulta un tanto escolástica, y tiene pocas consecuencias prácticas. El enfoque adecuado para ella —a la luz de los puntos de vista de este libro sobre los enredos entre las fuerzas culturales, biológicas y sociales que generan lo que llamamos trastorno mental (cf. la cuarta pregunta planteada más arriba) —es señalar el proceso de doble filo en las culturas del diagnóstico modernas: nuestro mundo moderno fluido es probable que genere nuevas formas de sufrimiento (originadas en la experiencia de no ser capaz de ponerse al día y/o controlarse a uno mismo) y estas formas de sufrimiento se interpretan cada vez más en términos de diagnóstico, ya que el lenguaje diagnóstico del sufrimiento se ha convertido en la postura estándar. Estas son las dos caras de las culturas del diagnóstico que los investigadores deben seguir cuestionando en futuras investigaciones. Además, necesitamos ampliar nuestra conciencia de lo que genera el sufrimiento humano para abarcar mucho más de lo que se puede entender a través de los manuales de diagnóstico. Necesitamos un aparato teórico capaz de incluir factores tan variados como el cerebro y las estructuras sociales, lo cual presupone una voluntad por parte de los investigadores de comunicarse más allá de las divisiones disciplinarias existentes: los neurocientíficos deben debatir con los sociólogos y viceversa; los psicólogos deben estudiar el trabajo de los antropólogos y viceversa. Este parece ser el único camino que se puede seguir en una época en la que la psiquiatría está en crisis.

Lista de referencias

Aarhus Kommune (2013). ADHD-strategi for voksne i Social og Beskæftigelsesforvaltningen.

Abraham, J. (2010), «Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions», en *Sociology*, 44, págs. 603-622.

Adler, L.A. & Shaw, D. (2011), «Diagnosis ADHD in adults», en J. Buitelaar, C. Kan, & P. Asherson (eds.), *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment*, Cambridge University Press, Cambridge.

Angel, K. (2012), «Contested psychiatric ontology and feminist critique: “Female sexual dysfunction” and the Diagnostic and Statistical Manual», en *History of the Human Sciences*, 25, págs. 3-24.

Armstrong, D. (1995), «The rise of surveillance medicine», en *Sociology of Health & Illness*, 17, págs. 393-404.

[Asociación Americana de Psiquiatría (2014), «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)». (Trads. CIBERSAM – Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental), Asociación Americana de Psiquiatría, Vancouver].

Barkley, R. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*, Guilford Press, Nueva York.

Baroncelli, L. (2015), *Depression and «crises of meaninglessness» in the political-economic theology of the money-God* (tesis doctoral inédita), Department of Sociology, National University of Ireland, Cork.

Barsky, A. (1988), «The paradox of health», en *New England Journal of Medicine*, 318, págs. 414-418.

Bauman, Z. (2007). *Consuming Life*. Polity Press, Cambridge. [Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. (Trads. Mirta Rosenberg y Jaime Arrambide), Fondo

de Cultura Económica, México D.F.].

Bennett, M.R. & Hacker, M.S. (2003). *Philosophical Foundations of Neuroscience*, Blackwell, Oxford.

Billig, M. (1999). *Freudian Repression: Conversation Creating the Unconscious*, Cambridge University Press, Cambridge.

Bolton, D. (2008). *What is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science, and Values*, Oxford University Press, Oxford.

Bolton, D. (2010), «Conceptualisation of mental disorder and its personal meanings», en *Journal of Mental Health*, 19, págs. 328-336.

Boorse, C. (1976), «What a theory of mental health should be», en *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 6, págs. 61-84.

Bowden, G. (2014), «The merit of sociological accounts of disorder: The Attention-Deficit Hyperactivity Disorder case», en *Health*, 18, págs. 422-438.

Bowker, G.C. & Star, S.L. (2000). *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*, The MIT Press, Cambridge, MA.

Boyle, M. (2011), «Making the world go away, and how psychology and psychiatry benefit», en M. Rapley, J. Moncrieff, & J. Dillon (eds.), *De-Medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology and the Human Condition*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, págs. 27-43.

Brinkmann, S. (2005), «Human kinds and looping effects in psychology: Foucauldian and hermeneutic perspectives», en *Theory & Psychology*, 15, págs. 769-791.

Brinkmann, S. (2006), «Mental life in the space of reasons», en *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 36, págs. 1-16.

Brinkmann, S. (2008), «Identity as self-interpretation», en *Theory & Psychology*, 18, págs. 404-422.

Brinkmann, S. (2011a). *Psychology as a Moral Science: Perspectives on Normativity*. Springer, Nueva York.

- Brinkmann, S. (2011b), «Towards an expansive hybrid psychology: Integrating theories of the mediated mind», en *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45, págs. 1-20.
- Brinkmann, S. (2012), «The mind as skills and dispositions: On normativity and mediation», en *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 46, págs. 78-89.
- Brinkmann, S. (2013a). *John Dewey: Science for a Changing World*. Transaction Publishers, New Brunswick, NJ.
- Brinkmann, S. (2013b), «The pathologization of morality», en K. Keohane & A. Petersen (eds.), *The Social Pathologies of Contemporary Civilization*. Ashgate, Farnham, págs. 103-118.
- Brinkmann, S. (2014a), «Languages of suffering», en *Theory & Psychology*, 24, págs. 630-648.
- Brinkmann, S. (2014b), «Psychiatric diagnoses as semiotic mediators: The case of ADHD», en *Nordic Psychology*, 66, págs. 121-134.
- Brown, T. (2005). *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults*, Yale University Press, New Haven.
- Buitelaar, J., Kan, C.C., & Asherson, P. (2011). *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Busfield, J. (2011). *Mental Illness, Polity*, Cambridge.
- Charland, L.C. (2004), «Character: Moral Treatment and the Personality Disorders», en J. Radden (ed.), *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, Oxford University Press, Oxford.
- Church, J. (2004), «Social constructionist models: Making order out of disorder – On the social construction of madness», en J. Radden (ed.), *The Philosophy of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, págs. 393-406.
- Clarke, A. & Shim, J. (2010), «Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and American medicine»,

en B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, & A. Rogers (eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*, Springer, Nueva York, págs. 173-199.

Cole, M. (2003). *Kulturpsykologi*, Hans Reitzels Forlag, København.

Collin, F. (1990), «Naturlige klasser, semantik og metode i samfundsvidenskaberne», en *Filosofiske studier*, 11, págs. 7-24.

Comstock, E.J. (2011), «The end of drugging children: Toward the genealogy of the ADHD subject», en *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 47, págs. 44-69.

Conrad, P. (2006). *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior*, (2nd expanded edition), Ashgate, Aldershot.

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Cooper, R. (2014). *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Karnac, Londres.

Coulter, J. (1979). *The Social Construction of Mind: Studies in Ethnomethodology and Linguistic Philosophy*, Macmillan, Londres.

Danziger, K. (1990). *Constructing the Subject: Historical Origins of Psychological Research*, Cambridge University Press, Cambridge.

Danziger, K. (1996), «The practice of psychological discourse», en C.F. Graumann & K.J. Gergen (eds.), *Historical Dimensions of Psychological Discourse*, Cambridge University Press, Cambridge.

Danziger, K. (1997). *Naming the Mind: How Psychology Found Its Language*. Sage, Londres.

Danziger, K. (1999), «Natural Kinds, Human Kinds, and Historicity», en W. Maiers, B. Bayer, B. Duarte Esgalhado, R. Jorna, & E. Schraube (eds.), *Challenges to Theoretical Psychology*, Captus Press, North York, Ontario.

Danziger, K. (2003), «Where history, theory, and philosophy meet: The

biography of psychological objects», en D.B. Hill & M.J. Kral (eds.), *About Psychology: Essays at the Crossroads of History, Theory, and Philosophy*, State University of New York Press, Albany, NY.

Daston, L. & Galison, P. (2007). *Objectivity*, Zone Books, Nueva York.

Ebeling, M. (2011), «“Get with the program!”: Pharmaceutical marketing, symptom checklists and self-diagnosis», en *Social Science & Medicine*, 73, págs. 825-832.

Faraone, S.V. & Biederman, J. (2005), «What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults», en *Journal of Attention Disorders*, 9, págs. 384-391.

Foucault, M. (1988), «Technologies of the Self», en *Technologies of the Self*, Tavistock Publications, Londres. [Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo. Y otros textos afines*. (Trad. Mercedes Allendesalazar), Ediciones Paidós, Barcelona.]

Foucault, M. (1994), «The Subject and Power», en J.D. Faubion (ed.), *Power: Essential Works of Michel Foucault, Vol. 3*, Penguin, Londres. [Foucault, M. (1988), «El sujeto y el poder». (Trad. Coina de Iturbide), en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 50, No. 3, págs. 3-20.]

Frances, A. (2013). *Saving Norma*, HarperCollins, Nueva York.

Fuchs, T. (2009), «Embodied cognitive neuroscience and its consequences for psychiatry», en *Poiesis & Praxis*, 6, págs. 219-233.

Furedi, F. (2004). *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, Routledge, Londres.

Furedi, F. (2008), «Medicalisation in a therapy culture», en D. Wainwright (ed.), *A Sociology of Health*, Sage, Londres, págs. 97-115.

Gannik, D. (2005). *Social sygdomsteori: Et situationelt perspektiv*, Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Gannik, D. (2009), «Diagnosen som sygdomskonstruktion: Er der et alternativ?», en *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 87, págs. 1284-1292.

Gee, J.P. (2005). *An Introduction to Discourse Analysis: Theory and Method*, Routledge, Londres.

Gergen, K. (1994). *Realities and Relationships*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Giddens, A. (1976). *New Rules of Sociological Method*, Hutchinson, Londres [Giddens, A. (1987). *Las nuevas reglas del método sociológico*. (Trad. Salomón Merener). Amorrortu Ediciones, Buenos Aires].

Gigerenzer, G. (1996), «From tools to theories: Discovery in cognitive psychology», en C.F. Graumann & K.J. Gergen (eds.), *Historical Dimensions of Psychological Discourse*, Cambridge University Press, Cambridge.

Gillespie, A., Best, C., & O'Neill, B. (2012), «Cognitive function and assistive technology for cognition: A systematic review», en *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18, págs. 1-19.

Gillespie, A. & Zittoun, T. (2010), «Using resources: Conceptualizing the mediation and reflective use of tools and signs», *Culture & Psychology*, 16, págs. 37-62.

Goffman, E. (1961). *Asylums*, Doubleday, Nueva York.

Hacking, I. (1986), «Making Up People», en T.C. Heller, M. Sosna, & D. Wellbery (eds.), *Reconstructing Individualism*, Stanford University Press, Stanford.

Hacking, I. (1990). *The Taming of Chance*, Cambridge University Press, Cambridge. [Hacking, I. (1991). *La domesticación del azar*. (Trad. Alberto L. Bixio), Gedisa, Barcelona].

Hacking, I. (1995a). *Rewriting the Soul*. Princeton University Press, Princeton, NJ.

Hacking, I. (1995b), «The Looping Effect of Human Kinds», en D. Sperber, D. Premack, & A.J. Premack (eds.), *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate*, Clarendon Press, Oxford.

Hacking, I. (1998). *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient*

Mental Disease, University Press of Virginia, Charlottesville.

Hacking, I. (2006), «Kinds of People: Moving Targets», British Academy Lecture, 11 de abril de 2006 (web version).

Halleröd, S.L.H., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Scherman, M.H. (2015), «Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study», en *BMC Psychiatry*, 15, págs. 1-13.

Harré, R. (1983). *Personal Being*, Basil Blackwell, Oxford.

Harré, R. (2002). *Cognitive Science: A Philosophical Introduction*,. Sage, Londres.

Harré, R. & Moghaddam, F.M. (2012). *Psychology for the Third Millennium: Integrating Cultural and Neuroscience Perspectives*, Sage, Thousand Oaks, CA.

Harré, R., Moghaddam, F.M., Cairnie, T.P. , Rothbart, D., & Sabat, S. (2009), «Recent advances in positioning theory», en *Theory & Psychology*, 19, págs. 5-31.

Haslam, N.O. (1998), «Natural Kinds, Human Kinds, and Essentialism», en *Social Research*, 65, págs. 291-315.

Haslam, N.O. (2014), «Natural kinds in psychiatry: Conceptually implausible, empirically questionable, and stigmatizing», en H. Kincaid & J. Sullivan (eds.), *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*, Cambridge, MA., The MIT Press.

Healy, D. (2012). *Pharmageddon*, University of California Press, Berkeley, CA.

Hegel, G.W.F. (1821). *Elements of the Philosophy of Right*. (1991 Edition), Cambridge University Press, Cambridge. [Hegel, G.W.F. (2004) *Principios de la filosofía del derecho*. (Trad. Juan Luis Vermal), Editorial Sudamericana, Buenos Aires].

Heidegger, M. (1927). *Being and Time*. (1962 Edition), HarperCollins Publishers, Nueva York. [Heidegger, M. (1951). *El ser y el tiempo*. (Trad. José Gaos), Fondo de Cultura Económica México, D.F.].

Hermann, S. & Kristensen, J.E. (2005), «Fra strejke til stress», en Information, 12-05-2005.

Hollis, M. (1977). *Models of Man: Philosophical Thoughts on Social Action*, Cambridge University Press, Cambridge.

Honneth, A. (2004), «Organized Self-Realization», en *European Journal of Social Theory*, 7, págs. 463-478.

Honneth, A. (2008). *Reification: A New Look at an Old Idea*, Oxford University Press, Oxford.

Horwitz, A.V. (2002). *Creating Mental Illness*, University of Chicago Press, Chicago.

Horwitz, A.V. (2010), «Pharmaceuticals and the medicalization of social life», en D.W. Light (ed.), *The Risks of Prescription Drugs*, Columbia University Press, Nueva York.

Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2005), «The Age of Depression», en *The Public Interest*, 158, págs. 39-58.

Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford University Press, Oxford.

Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2012). *All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*, Oxford University Press, Oxford.

Husserl, E. (1954). *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, Martinus Nijhoff, Haag. [Husserl, E. (2008). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. (Trad. Julia V. Iribarne), Prometeo Libros, Buenos Aires].

Illouz, E. (2007). *Cold Intimacies: The Making of Emotional Capitalism*, Polity Press, Cambridge.

Ingold, T. (2011). *Being Alive: Essays on Movement, Knowledge and Description*, Routledge, Londres.

Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology*. (First published 1959), The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MA.

Jensen, A.F. (2009). *Projektsamfundet*, Aarhus University Press, Aarhus.

Jensen, V.S. (2015), «What are we talking about when we talk about autism? Exploring a layered account approach», en *Departures in Critical Qualitative Research*, en prensa.

Joseph, J. (2009), «ADHD and genetics: A consensus reconsidered», en S. Timimi & J. Leo (eds.), *Rethinking ADHD: From Brain to Culture*, Palgrave – Macmillan, Basingstoke, págs. 58-91.

Jutel, A.G. (2011). *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Jutel, A.G. & Nettleton, S. (2011), «Toward a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities», en *Social Science & Medicine*, 73, págs. 793-800.

Keohane, K. & Petersen, A. (2013). *The Social Pathologies of Contemporary Civilization*, Ashgate, Farnham.

Kessler, R.C. (2010), «The prevalence of mental illness», en T. Scheid & T.N. Brown (eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (2nd edition), Cambridge University Press, Cambridge, págs. 46-63.

Kierkegaard, S.A. (1844). *The Concept of Anxiety*. (1981 Edition), Princeton University Press, Princeton, NJ. [Kierkegaard, S.A. (2013). *El concepto de la angustia*. (Trad. Demetrio Gutiérrez Rivero), Alianza Editorial, Madrid].

Kierkegaard, S.A. (1995). *Sygdommen til Døden*. (First published 1849), Gyldendals bogklubber, Copenhagen. [Kierkegaard, S.A. (2008). *La enfermedad mortal*. (Trad. Demetrio Gutiérrez Rivero), Editorial Trotta, Madrid].

Kilgus, M.D. & Rea, W.S. (2014), «Introduction: Clinical decision making», en M.D. Kilgus & W.S. Rea (eds.), *Essential Psychopathology Casebook*, W.W. Norton & Co., Nueva York, págs. 1-12.

Kincaid, H. & Sullivan, J. (2014), «Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds», en H. Kincaid & J. Sullivan (eds.), *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*, The MIT Press, Cambridge, MA., págs. 1-10.

Kirkegaard, T. & Brinkmann, S. (2015), «Rewriting stress: Toward a cultural psychology of collective stress at work», en *Culture & Psychology*, 21, págs. 81-94.

Kofod, E.H. (2013). *Grief: From morality to pathology*. En prensa.

Kofod, E.H. (2015). *Grief as a border diagnosis*. En prensa.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004), «The treatment gap in mental health care», en *Bulletin of the World Health Organization*, 82, págs. 858-866.

Kutchins, H. & Kirk, S. (1997). *Making Us Crazy – DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, University of Chicago Press, Chicago.

Kyhn, D.B. (2012). *Gal eller normal: Fortællinger om psykisk sygdom*, Lindhardt & Ringhof, København.

Lane, C. (2007). *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*, Yale University Press, New Haven.

Latour, B. (2005). *Reassembling the Social*, Oxford University Press, Oxford.

Lauveng, A. (2008). *I morgen var jeg altid en løve*, Akademisk Forlag København.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, Nueva York.

Lilienfield, S.O. & Marino, L. (1995), «Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis», en *Journal of Abnormal Psychology*, 104, págs. 411-420.

Lilleleht, E. (2003), «Progress and Power: Exploring the Disciplinary Connections between Moral Treatment and Psychiatric Rehabilitation», en

Philosophy, Psychiatry & Psychology, 9, págs. 167-182.

Littlewood, R. (2002). *Pathologies of the West: An Anthropology of Mental Illness in Europe and America*, Cornell University Press, Ithaca, NY.

Lock, M. (2001), «The tempering of medical anthropology: Troubling natural categories», en *Medical Anthropology Quarterly*, 15, págs. 478-492.

Lock, M. & Nguyen, V.K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*, Wiley--Blackwell, Chichester, UK.

Lupton, D. & Jutel, A.G. (2015), «“It’s like having a physician in your pocket!” A critical analysis of self-diagnosis smartphone apps.», *Social Science & Medicine*, 133, págs. 128-135.

MacIntyre, A. (1999). *Dependent Rational Animals – Why Human Beings Need the Virtues*, Duckworth, Londres.

Maiese, M. (2012), «Rethinking attention deficit hyperactivity disorder», en *Philosophical Psychology*, 25, págs. 893-916.

Martin, E. (2007). *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*, Princeton University Press, Princeton, NJ.

Martin, J. & Sugarman, J. (2001), «Interpreting human kinds: Beginnings of a hermeneutic psychology», en *Theory & Psychology*, 11, págs. 193-207.

Marx, K. (1971). *Capital*. (Vol. III), Lawrence and Wishart, Londres. [Marx, K. (2008). *El capital*. (Trad. Pedro Escarón), Siglo XXI, Iztapalapa].

Maser, J.D. & Gallup, G.G. (1990), «Theism as a by-product of natural selection», *Journal of Religion*, 70, págs. 71-83.

McDowell, J. (1994). *Mind and World*, Harvard University Press, Cambridge, MA. [McDowell, J. (2003). *Mente y mundo*. (Trad. Miguel Ángel Quintana Paz), Ediciones Sígueme, Salamanca].

McGann, P. J. (2011), «Troubling diagnoses», en P.J. McGann & D.J. Hutson (eds.), *Sociology of Diagnosis*, Emerald Bingley, UK, págs. 331-362.

McLennan, G. (2010), «The postsecular turn», en *Theory, Culture & Society*, 27, págs. 3-20.

Mills, C.W. (1959). *The Sociological Imagination*, Oxford University Press, Oxford.

Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham, NC. [Mol, A. (2023). *El cuerpo multiple*. (Trad. Pablo Santoro), Bellaterra Edicions, Bellaterra.

Morgan, A. (2014), «The happiness turn: Axel Honneth, self-reification and “sickness unto health”», en *Subjectivity*, 7, págs. 219-233.

Morgan, A. (2015), «Is psychiatry dying? Crisis and critique in contemporary psychiatry», en *Social Theory & Health*, 13, págs. 141-161.

Moynihan, R. & Cassels, A. (2005). *Selling Sickness: How the worlds biggest drug companies are turning us all into patients*, Nation Books, Nueva York.

Murphy, J.M., Laird, N.M., Monson, R.R., Sobol, A.M., & Leighton, A.H. (2000), «A 40-year perspective on the prevalence of depression: The Stirling County Study», en *Archives of General Psychiatry*, 57, págs. 209-215.

Musaeus, & Brinkmann, S. (2011), «The semiosis of family conflict: A case study of home-based psychotherapy», en *Culture & Psychology*, 17, págs. 47-63.

Nielsen, M. (2015). *Becoming ADHD*. En prensa.

Nielsen, M. & Grøn, L. (2013), «Quantify your self! Numbers in ambiguous borderlands of health», en *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 19, págs. 55-74.

Nordahl, T., Sunnevåg, A.K., Aasen, A.M., & Kostøl, A. (2010). *Uligheder og variationer: Rapport til skolens rejsehold*, University College Nordjylland, Aalborg.

Parsons, T. (1975), «The sick role and the role of the physician reconsidered», en *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53, págs. 257-278.

Paterson, M. (2006). *Consumption and Everyday Life*, Routledge, Londres.

Petersen, A. (2011), «Authentic self-realization and depression», *International Sociology*, 26, págs. 5-24.

Petersen, A. & Brinkmann, S. (2015), «Diagnosekultur: Sociale patologier og kulturanalyse», en P.T. Andersen & M.H. Jacobsen (eds.), *Kultursociologi og kulturanalyse*, Hans Reitzels Forlag, København.

Pickersgill, M. (2012), «What is psychiatry? Co-producing complexity in mental health», en *Social Theory & Health*, 10, págs. 328-347.

Progler, Y. (2009), «Mental illness and social stigma: Notes on “How mad are you?”», en *Journal of Research in Medical Sciences*, 14, págs. 331-334.

Putnam, H. (1973), «Meaning and Reference», en *The Journal of Philosophy*, 70, págs. 699-711.

Putnam, H. (1999). *The Threefold Cord: Mind, Body, and World*, Columbia University Press, Nueva York [Putnam, H. *La trenza de tres cabos: La mente, el cuerpo y el mundo*. (Trad. José Francisco Álvarez), Siglo XXI, Madrid].

Richards, G. (1996). *Putting Psychology in Its Place: An Introduction from a Critical Historical Perspective*, Routledge, Londres.

Rimke, H. & Hunt, A. (2002), «From sinners to degenerates: the medicalization of morality in the 19th century», *History of the Human Sciences*, 15, págs. 59-88.

Ringer, A. (2013). *Listening to patients: A study of illness discourses, patient identity, and user involvement in contemporary psychiatric practice*. Roskilde University, tesis doctoral.

Robinson, D.N. (1996). *Wild Beasts and Idle Humours: The Insanity Defense from Antiquity to the Present*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Robinson, D.N. (2002). *Praise and Blame: Moral Realism and its Applications*, Princeton University Press, Princeton.

Rønberg, M. (2014). *The lack of future in depression*. En prensa.

Rønberg, M. (2015). *Struggling with depression: Individual negotiations with*

diagnostic categories. En prensa.

Rorty, R. (1979). *Philosophy and the Mirror of Nature*, Princeton University Press, Princeton, NJ. [Rorty, R. (1989). *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. (Trad. Jesús Fernández Zulaica), Cátedra, Madrid].

Rosa, H. (2003), «Social Acceleration: Ethical and Political Consequences of a Desynchronized High-Speed Society», en *Constellations*, 10, págs. 3-33.

Rose, N. (1996), «Power and subjectivity: Critical history and psychology», en C.F. Graumann & K.J. Gergen (eds.), *Historical Dimensions of Psychological Discourse*, Cambridge University Press, Cambridge.

Rose, N. (1999). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. (2nd. ed.), Free Association Books, Londres.

Rose, N. (2003), «Neurochemical Selves», en *Society*, 41, págs. 46-59.

Rose, N. (2006), «Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice», en *BioSocieties*, 1, págs. 465-484.

Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton University Press, Princeton, NJ.

Rose, N. (2013). What is diagnosis for? Talk given at the Institute of Psychiatry, King's College, Londres, extraído de: <http://nikolasrose.com/wp-content/uploads/2013/07/Rose-2013-What-is-diagnosis-for-IoP-revised-July-2013.pdf>.

Rose, N. & Abi-Rached, J.M. (2013). *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton University Press, Princeton, NJ.

Rosenberg, C.E. (2007). *Our Present Complaint: American Medicine, Then and Now*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Schmitz, M.F., Filippone, & Edelman, E.M. (2003), «Social representations of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, 1988-1997», en *Culture & Psychology*, 9, págs. 383-406.

Schwartz, B. (2004), «The tyranny of choice», en *Scientific American*, 290,

págs. 70-75.

Sennett, R. (1998). *The Corrosion of Character*, Norton, Nueva York. [Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter*. (Trad. Daniel Najmías), Anagrama, Barcelona].

Shweder, R.A. (1990), «Cultural Psychology – What Is It?», en J.W. Stigler, R.A. Shweder, & G. Herdt (eds.), *Cultural Psychology: Essays on Comparative Human Development*, Cambridge University Press, Cambridge.

Shweder, R.A. (2008), «The cultural psychology of suffering: The many meanings of health in Orissa, India (and elsewhere)», en *Ethos*, 36, págs. 60-77.

Shweder, R.A., Much, N., Mahapatra, M., & Park, L. (1997), «The “Big Three” of Morality (Autonomy, Community, Divinity) and the “Big Three” Explanations of Suffering», en A.M. Brandt & Rozin (eds.), *Morality and Health*, Routledge, Londres.

Singh, I. (2011), «A disorder of anger and aggression: Children’s perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK», en *Social Science & Medicine*, 73, págs. 889-896.

Singh, I. & Rose, N. (2009), «Biomarkers in psychiatry», en *Nature*, 460, págs. 202-207.

Smail, D. (2011), «Psychotherapy: Illusion with no future?», en M. Rapley, J. Moncrieff, & J. Dillon (eds.), *De-Medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology and the Human Condition*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.

Smith, M. (2012). *Hyperactive: The Controversial History of ADHD*, Reaktion Books, Londres.

Smith, N.H. (2002). *Charles Taylor: Meaning, Morals and Modernity*, Polity Press, Cambridge.

Smith, R. (1997). *The Norton History of the Human Sciences*, W.W. Norton & Co, Nueva York.

Sprague, E. (1999). *Persons and Their Minds*, Westview, Boulder, CO.

Sterelny, K. (2012). *The Evolved Apprentice: How Evolution Made Humans Unique*, The MIT Press, Cambridge, MA.

Strathern, M. (2000). *Audit Cultures*, Routledge, Londres.

Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, HarperCollins, Nueva York. [Szasz, T. (1961). *El mito de la enfermedad mental*. (Trad. Flora Setaro). Amorrortu Editores, Buenos Aires].

Taylor, C. (1981), «Understanding and Explanation in the Geisteswissenschaften», en S.M. Holtzman & C.M. Leich (eds.), *Wittgenstein: To Follow a Rule*, Routledge & Kegan Paul, Londres.

Taylor, C. (1985), «What is human agency?», en *Human Agency and Language: Philosophical Papers 1*, Cambridge University Press, Cambridge.

Taylor, C. (1989). *Sources of the Self*, Cambridge University Press, Cambridge. [Taylor, C. (1996). *Las fuentes del yo*. (Trad. Ana Lizón), Paidós, Buenos Aires].

Taylor, C. (1991). *The Ethics of Authenticity*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Taylor, C. (1999), «Two Theories of Modernity», en *Public Culture*, 11, págs. 153-174.

Taylor, C. (2004). *Modern Social Imaginaries*, Duke University Press, Durham, NC. [Taylor, C. (2004). *Imaginarios sociales modernos*. (Trad. Ramón Villà Vernis), Paidós, Barcelona].

Taylor, C. (2007). *A Secular Age*, Harvard University Press, Cambridge, MA. [Taylor, C. (2015). *La era secular*. Tomos I y II. (Trad. Ricardo García Pérez), Gedisa, Barcelona].

Tekin, S. (2014), «The missing self in Hacking's looping effects», en H. Kincaid & J. Sullivan (eds.), *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*, The MIT Press, Cambridge, MA.

Timimi, S. (2009), «Why diagnosis of ADHD has increased so rapidly in the West: A cultural perspective», en S. Timimi & J. Leo (eds.), *Rethinking ADHD: From Brain to Culture*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, págs. 133-159.

- Turner, B.S. (1991). *Religion and Social Theory*, (2nd edition), Sage, Londres.
- Valsiner, J. (2007). *Culture in Minds and Societies: Foundations of Cultural Psychology*, Sage, Nueva Delhi.
- Valsiner, J. (2014). *An Invitation to Cultural Psychology*, Sage, Londres.
- Valsiner, J. & Rosa, A. (2007). *The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Valsiner, J. & van der Veer, R. (2000). *The Social Mind: Construction of the Idea*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Vygotsky, L.S. (1929). *Collected Works of L.S. Vygotsky. Volume 2: The Fundamentals of Defectology*. (1993 Edition), Plenum Press, Nueva York.
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Wainwright, D. & Calnan, M. (2002). *Work Stress: The Making of a Modern Epidemic*, Open University Press, Buckingham.
- Wakefield, J.C. (1992), «The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values», en *American Psychologist*, 47, págs. 373-388.
- Wakefield, J.C. (2010), «Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment», en *Journal of Mental Health*, 19, págs. 337-351.
- Watters, E. (2010). *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*, The Free Press, Nueva York.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, Broadway Paperbacks, Nueva York. [Whitaker, R. (2017). *Anatomía de una epidemia*. (Trad. José Manuel Álvarez Flórez), Capitán Swing Libros, Madrid].
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*, W.W. Norton, Nueva York.

Wilkinson, I. (2005). *Suffering: A Sociological Introduction*, Polity Press, Cambridge.

Williams, R.F.G. (2009), «Everyday sorrows are not mental disorders: The clash between psychiatry and Western cultural habits», en *Prometheus*, 27, págs. 47-70.

Winch, (1963). *The Idea of a Social Science and Its Relation to Philosophy*. (First published 1958), Routledge & Kegan Paul, Londres.

Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005), «Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies», en *European Neuropsychopharmacology*, 15, págs. 357-376.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., & Rehm, J., et al. (2011), «The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2012», en *European Neuropsychopharmacology*, 21, págs. 655-679.

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*, Basil Blackwell, Oxford.
[Wittgenstein, L. (1986). *Investigaciones filosóficas*, Ediciones Atalaya, México D.F.].

Wykes, T. & Callard, F. (2010), «Diagnosis, diagnosis, diagnosis: Towards DSM-5», en *Journal of Mental Health*, 19, págs. 301-304.

Young, S., Bramham, J., Gray, K., & Rose, E. (2008), «The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood», en *Journal of Attention Disorders*, 11, págs. 493-503.

Zittoun, T. (2006). *Transitions: Development through Symbolic Resources*, Information Age Publishing, Greenwich.