

# Dinámicas de la exclusión testimonial. Sobre injusticia epistémica, atención a la salud mental y cuidado emocional

*Dynamics of testimonial exclusion. On epistemic injustice, mental health care and emotional care*

Iván Eliab Gómez Aguilar

## RESUMEN

El trabajo utiliza las herramientas conceptuales de la discusión sobre injusticia epistémica para analizar tres contextos de cuidado emocional y la atención a la salud mental, tales como: las redes sociales de apoyo informal, la atención terapéutica y la atención psiquiátrica. El propósito es mostrar el tipo de dinámicas sociales que, en dichos contextos, derivan en una exclusión del testimonio de las personas que recurren a ellas. La tesis central sostiene que entender las diversas dinámicas sociales que propician los distintos tipos de exclusiones, implica desglosar circunstancias sociales de diferente calado, algunas de las cuales se encuentran interrelacionadas, como lo representan la producción de sesgos derivados de diferentes tipos de prejuicios (de identidad o participación), mientras que, otras, responden a la constitución de un exceso de credibilidad otorgado a determinados campos expertos. De esta forma la invitación es a pensar que la restitución de la justicia epistémica en este tipo de atención y cuidado no depende ni de la corrección de una sola instancia social, ni de la mejora de un solo sistema experto.

**Palabras clave:** injusticia testimonial; salud mental; cuidado emocional; daño epistémico.

## ABSTRACT

The paper uses the conceptual tools of the discussion on epistemic injustice to analyse three contexts of emotional care and mental health care, such as: informal social support networks, therapeutic care and psychiatric care. The purpose is to show the type of social dynamics that, in such contexts, derive in an exclusion of the testimony of the people who resort to them. The central thesis argues that understanding the different social dynamics that lead to the different types of exclusions implies breaking down social circumstances of different depths, some of which are interrelated, as represented by the production of biases derived from different types of prejudices (identity or participation), while others respond to the constitution of an excess of credibility granted to certain expert fields. Thus, the invitation is to think that the restitution of epistemic justice in this type of care does not depend either on the correction of a single social instance or on the improvement of a single expert system.

**Keywords:** testimonial injustice; mental health; emotional care; epistemic harm.



Journal of the Philosophy of History  
**Resistances**

## INFORMACIÓN

<https://doi.org/10.46652/resistances.v3i6.102>

ISSN 2737-6222

Vol. 3 No. 6, 2022, e210102

Quito, Ecuador

Enviado: septiembre 30, 2022

Aceptado: noviembre 28, 2022

Publicado: diciembre 12, 2022

Publicación continua

Sección Dossier | Peer Reviewed



## AUTOR

 **Iván Eliab Gómez Aguilar**  
Universidad Autónoma Chapingo - México  
[igomez@chapingo.mx](mailto:igomez@chapingo.mx)

## Conflicto de intereses

EL autor declara que no existe ningún conflicto de intereses.

## Financiamiento

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

## Agradecimientos

Agradezco a las participantes del Seminario de Estudios Sociales de Salud Mental coorganizado Teresa Ordorika en el CEIICH de la UNAM (2019-2021) las observaciones a las primeras versiones de este trabajo.

## Nota

El artículo forma parte del proyecto: Injusticia epistémica y salud mental desarrollado por el autor desde 2019.

PUBLISHER

RELIGACIÓN  
**CICSHAL**  
Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades  
desde América Latina

## 1. Introducción

El presente trabajo tiene un objetivo doble. Por un lado, analiza la serie de obstáculos que propician que el testimonio de las personas que busca atención a su salud mental no sea atendido de forma adecuada por sus contrapartes, infringiendo una serie de daños epistémicos que fracturan las posibilidades de apoyo. Por otro, plantea que, ante la complejidad de las dinámicas sociales que derivan en formas diversas de *exclusión testimonial* en este tipo de atención, es necesario pensar la restitución de la justicia epistémica más allá de la corrección de una sola instancia social, o la mejora de un solo sistema experto. Como aquí se intentará mostrar, el problema de fondo es la configuración de un horizonte plural de bienestar que no se subsuma ni a las lógicas de los planteamientos de algún conocimiento experto, sin que eso signifique dejar de cuestionar los patrones sociales que producen y estigmatizan las adversidades emocionales y conductuales que padecen ciertas personas.

Dados estos objetivos, algunas aclaraciones preliminares son pertinentes. En principio, definir “contrapartes” en los contextos de atención a la salud mental puede ser problemático. Suele asumirse que la práctica psiquiatría representa *el tipo de atención* al que las personas recurren o deberían hacerlo cuando enfrentan una adversidad emocional o conductual. Sin embargo, esta lectura minimiza los problemas de cobertura que dicha experticia enfrenta como parte de los sistemas de salud de todo el mundo. Al mismo tiempo, se bloquea la revisión de otros contextos que cumplen con estas funciones (de prevención, atención y cuidado emocional o conductual) presentes en las sociedades, simplificando la serie de obstáculos y dificultades que, de hecho, las personas enfrentan cuando buscan paliar este tipo de circunstancias a través de itinerarios terapéuticos plurales.

Por esa razón, el trabajo diversifica la revisión de los contextos de atención considerando tanto el que brinda la psiquiatría, como el que ofrece la psicología clínica y el de las denominadas redes de apoyo social informal. Pese a la inconmensurabilidad epistémica presente en dichos contextos, su elección se justifica debido a que en ellos opera una faceta de interacción entre quien busca cuidados y quien decide ofrecerlos, sea bajo el formato que sugiere una experticia certificada (como la psiquiatría o la psicología), o bajo el rol que detentan personas con vínculos sociales formales o laxos, y que se manifiestan mediante la constitución de redes sociales de apoyo. Centrarse en esta faceta de interacción tiene el propósito de identificar de mejor manera qué tipo de obstáculos enfrentan las personas para validar su experiencia en dichos contextos, así como vislumbrar la serie de consecuencias que acarrea no solo para la persona que busca atención, sino también, para las colectividades de las que forman parte, incluyendo a quienes conforman los sistemas de atención.

Finalmente, hay que señalar la relevancia de las herramientas conceptuales que ofrece la epistemología social para realizar este tipo de análisis. Aquí, se retomará una discusión de este enfoque: aquella que permite discernir y discutir de manera crítica la serie de circunstancias sociales que operan para que ciertos testimonios sean objeto de una *injusticia epistémica testimonial* en los diversos contextos de atención señalados. Por ello, el trabajo inicia describiendo la arquitectura conceptual sobre dicho término: de las formulaciones iniciales planteadas por Miranda Fricker (2007), a las críticas y adecuaciones sugeridas que replantean sus contornos (Dotson, 2011; Medina, 2013; Pohlhaus, 2014). Enseguida, se describen los tres contextos de atención señalados. Dado que la diferenciación de estos recupera las descripciones que otras disciplinas sociales han llevado a cabo, la sección abre con un

paréntesis en torno a las tensiones presentes en los análisis normativos sobre contextos sociales históricamente diversos. En la sección última se presentan los problemas identificados en los tres contextos de atención ya mencionados y se desarrolla la tesis central del trabajo: entender las dinámicas sociales que propician la exclusión testimonial en dichos contextos implica desglosar circunstancias sociales de diverso calado, algunas de las cuales se interrelacionan, como pueden ser los sesgos derivados de los tipos de prejuicios que operan en las interacciones (i.e. de identidad, de participación), mientras que, en otras tantas, obedecen a las dinámicas propias del espacio en el que se brinda la atención, como el exceso de credibilidad que tiene el campo psiquiátrico el cual deriva en una serie de injusticias epistémicas producto de las concepciones *patocéntricas* (Kidd y Carel, 2018) que entraña la concepción biomédica de la salud mental.

## 2. Injusticia epistémica testimonial y daños epistémicos

El término *injusticia epistémica testimonial*, propuesto hace ya varias décadas por Miranda Fricker (1998), abrió una brecha de reflexión novedosa, parcialmente inexplorada en la epistemología del testimonio en torno a un tipo de obstáculos epistémicos y éticos en el acontecer de los intercambios entre dos agentes que tienen como fin la transmisión de conocimiento. De acuerdo con su versión más detallada (Fricker, 2007), la injusticia testimonial describe aquellos casos en los que la capacidad de una persona para atender el testimonio de otra se ve distorsionada a causa de los prejuicios de identidad que la primera pone en práctica de manera pre-doxástica, lo que conlleva a la devaluación de la credibilidad del testimonio que busca ser atendido.

El planteamiento de Fricker señala, por tanto, una causa de la disfunción epistémica en la interacción entre dos agentes y traza un mapa sobre las consecuencias negativas que produce en diferentes planos del testimonio que no es atendido adecuadamente. La causa es la devaluación de la credibilidad de ciertos sujetos, resultado de la reproducción de prejuicios de identidad negativos anclados en el imaginario colectivo. Lo que denomina “poder de identidad” (*identity power*) es un tipo de poder social que resulta de las pautas colectivas en el imaginario social que sostienen los significados de lo que implica atribuir una identidad. La tesis de la autora es que el poder de identidad forma parte de los mecanismos presentes en los intercambios testimoniales, dado que provee de estereotipos sociales que operan en el escucha, a manera de heurísticas, para medir la credibilidad del testimonio que lo interpela. Las consecuencias de este ejercicio de devaluación del testimonio son una serie de daños epistémicos que se desdoblán en varias direcciones y que afectan distintos territorios de la persona que padece el ejercicio de una injusticia testimonial, aunque no solo de esta, pues el ejercicio mismo no exime de problemas epistémicos y éticos a quien los ejerce.

La reflexión sobre los daños epistémicos producidos por la injusticia testimonial está presente en al menos dos momentos de su obra. Lo que Fricker (2007), denomina *daño primario de la injusticia testimonial* consiste en principio, en la desacreditación de la persona como sujeto de conocimiento, cuestión que activa una serie de consecuencias que se despliegan a lo largo del tiempo en perjuicio de la agencia epistémica de dicha persona. En un segundo momento, Fricker (2007), profundizará en la descripción del daño primario y distinguirá manifestaciones diversas de la injusticia testimonial ya

que la devaluación de la credibilidad sistemática que sufren ciertos sujetos puede conllevar a un silenciamiento que se expresa bajo la forma de una injusticia testimonial anticipada (*pre-emptive*), es decir, el ejercicio de una devaluación en donde ni siquiera se da el espacio para la escucha. No obstante, la característica que define mejor la profundidad del daño primario es aquella que estipula que la devaluación de la credibilidad de un testimonio deriva en la cosificación (*objectivation*) del mismo; es decir que se le niega toda posibilidad de ser una fuente fiable de conocimiento. Al sujeto que es objeto de una injusticia epistémica se le excluye erróneamente:

...de la comunidad de informantes confiables, y esto significa que es incapaz de ser un participante en el intercambio de conocimiento [...] por lo tanto es degradado de un sujeto a un objeto, relegado del rol de un agente epistémico activo, y se limita al rol del estado de cosas pasivo del que se puede extraer conocimiento. (2007, p. 132)

La descripción conceptual sobre el fenómeno de la injusticia epistémica testimonial de Fricker no ha estado exenta de críticas y críticas. Varias de ellas se recuperarán a lo largo de este trabajo con el fin de analizar las dinámicas de exclusión testimonial presentes en diversos contextos de atención a la salud mental. En particular, el cuestionamiento a la necesidad de sostener una escisión del término frente al segundo tipo de injusticia epistémica que Fricker caracterizó como hermenéutica –y que recientemente defendió en conjunto como injusticias marginalizadas– (Fricker, 2017). Algunas razones que se han esgrimido para cuestionar esta escisión defendida por la autora y que aquí se tomarán en cuenta, resaltan las siguientes cuestiones: i) La conexión entre la esfera testimonial y la reproducción de lagunas hermenéuticas es más estrecha de lo que aparece en el planteamiento original, de otro modo no podría entenderse la reproducción de estas últimas a partir del ejercicio continuo de las primeras (Medina, 2017); ii) las causas que inciden en que ciertos sujetos no sean partícipes en los circuitos de comunicación no siempre son de carácter negativo (Dotson, 2011); iii) El daño epistémico primario no necesariamente deriva en la cosificación del testimonio, pues esto implicaría, como a continuación se mostrará con detalle que, en efecto, el testimonio no podría brindar conocimiento importante alguno (Pohlhaus, 2014); iv) La dinámica estructural que hace posible el mantenimiento y reproducción de lagunas hermenéuticas obedece a la complejidad de los mecanismos de opresión así como a la puesta en marcha de la ignorancia activa (Medina, 2013).

De este conjunto de críticas, vale la pena detenerse en aquella planteada por Galie Pohlhaus (2014), al respecto de la concepción del daño epistémico primario, no porque se busque reducir el fenómeno a una sola noción de daño epistémico, sino para mostrar que los recursos conceptuales de la discusión sobre injusticia epistémica son bastante diversos y, por tanto, adecuados para analizar la serie de repercusiones a tomar en cuenta en el análisis de los casos revisados más adelante.

Para Pohlhaus (2014), concebir la cosificación como la expresión del daño epistémico primario de la injusticia testimonial ubica a la persona que la padece en un terreno que nulifica su agencia y bloquea las aportaciones epistémicas que de hecho podría realizar dentro de un intercambio. A diferencia de este planteamiento, su propuesta pretende otorgar espacio a la subjetividad de los testimonios devaluados, ya que esto mejora nuestro entendimiento de lo que está en juego en los procesos en donde

se ejerce dominación. Pohlhaus retoma los planteamientos de Ann Cahill, quien propone hablar de un proceso por el cual la subjetividad de la víctima es truncada antes que cosificada. La tesis no es una concesión al grado de perjuicio que se produce en estos escenarios, sino una descripción que, sostiene, es más atinada para comprender que en el ejercicio mismo de dominación, la degradación del sujeto no ocurre porque se le trata como *un otro*, con el único fin de “mantener las prácticas epistémicas que hacen sentido al mundo tal como las experimentan las subjetividades dominantes” (2014, p. 105). Esto es lo que propicia que en la víctima opere una acotación de su experiencia a la luz de los intereses de quien ejerce la dominación. En los términos de Cahill, recuperados por Pohlhaus, en esto consiste la *derivación*: “El sujeto derivado se reduce en todos los aspectos relevantes a la existencia del sujeto derivador, y los demás elementos de su ser o subjetividad son ignorados o infravalorados” (2014, p. 105). Desde el punto de vista epistémico, Pohlhaus sostiene que la derivación describe de mejor modo el espacio acotado que le deja quien ejerce la dominación al sujeto que es víctima de esta, pues su experiencia es tratada como si “fuera simplemente un espejo (o tal vez una sombra) de la suya” (2014, p. 106).

A decir de Pohlhaus, abandonar la concepción de sujeto cosificado que plantea Fricker, permite ahondar en la explicación de lo que propiamente es el fenómeno de la devaluación de la credibilidad de una persona: no es su degradación a un ente pasivo, sino su ubicación en un lugar en donde es tratado como *un otro a quien* no se le otorga competencia. Asimismo, resalta los aspectos que operan, simultáneamente, a nivel de la agencia y la estructura, pues el ejercicio de las injusticias testimoniales responde a cómo se articula en cada encuentro el ejercicio de dominación, sus imaginarios y representaciones. Por último, al no centrarse únicamente en las cuestiones de exclusión del testimonio, da pie para reflexionar sobre las subjetividades soterradas que en un momento dado pueden consolidarse como actos de resistencia frente a las tendencias de opresión de las que son objeto.

Las ventajas de la lectura propuesta por Pohlhaus no resultan, sin embargo, excluyentes de lo señalado por Fricker respecto de la cosificación que padecen ciertos testimonios. Si bien la idea de que el daño epistémico primario en donde se interrumpe la subjetividad de la persona puede ser precisa para analizar distintos escenarios en los que acontecen las injusticias testimoniales, como se mostrará más adelante, dentro de algunos contextos de atención a la salud mental también tendría cabida aquellas situaciones descritas bajo el formato planteado por Fricker.

### **3. Definir los contextos de atención: sobre las trayectorias del cuidado**

Las discusiones de la sección anterior muestran que la reflexión sobre injusticia epistémica se ha desplegado de forma notoria en una serie de planteamientos que revisan y amplían los conceptos iniciales formulados por Fricker (2007). Esto ha permitido establecer diálogos con perspectivas filosóficas que, sin estar enraizadas en la tradición analítica, habían abordado el problema de las asimetrías presentes entre sujetos de conocimiento bajo otra terminología (Pohlhaus, 2017).

Sin embargo, esta dirección, si bien prolífica, no es la única en la que se ha discutido sobre la cuestión. También se ha hecho presente, aunque en menor medida, a través de un ejercicio de aplicación del término a diversos y heterogéneos ámbitos de la vida social. Por mencionar solo algunos, desde la atención médica (Kidd y Carel, 2017; Murguía, 2019) –incluyendo la atención psiquiátrica– (Scrutton, 2017), la práctica del derecho (Sullivan, 2017), la memoria histórica (Altanian y Kassir, 2021), la producción de arte (Bacharach, 2018) e incluso los medios digitales (Origgi, 2017), han pasado por el tamiz que propone la discusión sobre injusticias epistémicas.

Dar cuenta de los beneficios de esta segunda dirección presenta un reto particular pocas veces discutido. Los ámbitos estudiados responden a circunstancias sociohistóricas específicas. Ahondar en tales circunstancias de manera exhaustiva implicaría una revisión empírica que en realidad no resulta el objeto central de la epistemología social, de donde se desprende la mayoría de las reflexiones sobre injusticia epistémica. Esto, a pesar de que los análisis que emanan desde esta última perspectiva sin duda se nutren, en mayor o menor grado, de las aportaciones que provienen de ámbitos de estudio como las ciencias sociales, la historia o la psicología. En sentido estricto, la aportación que brinda la reflexión sobre injusticia epistémica es desglosar los mecanismos que producen exclusión de ciertos sujetos de conocimiento y analizar la serie de consecuencias epistémicas, éticas y políticas que esto desencadena, así como indicar, en algunos casos, ejes que permitan el ejercicio de distintas formas de restitución de una justicia epistémica (Fricker, 2007; Eraña, 2022). Entender estos mecanismos en contextos concretos conlleva, sin embargo, a reconocer su estatus empírico, así como revisar el modo en que se han descrito. En la mayoría de los casos, la revisión se realiza a través de la elección de una evidencia social que permita ahondar en el análisis normativo del caso, pero de eso no se sigue que se pretenda sustituir el análisis empírico del mismo.

La acotación es importante para advertir las tensiones presentes en este trabajo. Al abordar una serie de casos ubicados en tres contextos de atención a la salud mental, se recuperan las descripciones que otras disciplinas como la antropología o la sociología de la salud han realizado al respecto de estos. Sin embargo, el propósito no es tener un análisis pormenorizado de tales contextos, sino establecer un punto de partida que dé cuenta de los contornos mínimos que conforman el complejo entramado social de cuidado. En lo que resta de esta sección se ofrecen algunas pistas para entender cómo se configuran los espacios de atención y cuidado a la salud mental y/o emocional que las personas tienen a su disposición.

En principio, lo que parece importante matizar es el alcance de la atención psiquiátrica. Para sus promotores, representa un espacio primordial de atención al que las personas deben recurrir cuando las circunstancias así lo demandan. Parte de su labor contemporánea consiste en establecer y fomentar las directrices de entendimiento de lo que representa procurar “la salud mental” de modo que sea posible promover y prevenir prácticas de cuidado en la sociedad. Por lo que respecta a sus detractores, la práctica psiquiátrica es objeto de múltiples críticas debido a la violencia del modelo asilar, la medicalización de los comportamientos y la farmacologización de los padecimientos. Paradójicamente estas críticas culminan por brindarle una centralidad a la psiquiatría que en ciertos contextos es desmedida dados los alcances reales que de hecho tiene en la mayoría de las sociedades. En este sentido, no debe

olvidarse que la consolidación de un modelo de atención basado el conocimiento y práctica de la psiquiatría ha enfrentado diferentes retos que aminoran su presencia como opción de atención para el grueso de las poblaciones. Por un lado, el rezago histórico derivado del poco interés que el tema de la salud mental despertaba en las agendas y políticas públicas en salud hizo de la práctica psiquiátrica un lugar secundario. Esto se ha traducido en un déficit institucional del cual su expresión más palpable, detectada incluso a nivel mundial, es la falta de especialistas en la materia (Price et al., 2007). Lo anterior merma toda prospectiva de lograr, al menos en el corto plazo, coberturas amplias de atención a través de los sistemas de salud públicos, pero también privados. Casos como el de México muestran que esta tendencia de rezago condujo también a que la atención psiquiátrica se restringiera, en el mejor de los casos, al tercer nivel de atención, es decir, al que brindan los hospitales especializados (Benzon et al., 2013). Circunstancia que no ha estado libre de cuestionamientos, principalmente por actores que han venido denunciado las situaciones adversas a las que ha dado lugar para las personas que ahí eran remitidas (González-Benítez et al., 2020).

Este tipo de atención, en resumen, comparte las disyuntivas que los sistemas de salud tienen en torno a la necesidad de mejora de sus capacidades institucionales (de cobertura, de mejora de sus prácticas de atención y de actualización de normas de formación para los profesionistas que brindan estos servicios), y carga sobre sus hombros un déficit mayor, en cuanto a las críticas que ha recibido el modelo asilar que reprodujo por varias décadas y que en algunos contextos sigue reproduciendo, dado que se mantienen como la única opción en la que se hace patente la práctica psiquiátrica (González-Benítez et al., 2020).

En las últimas décadas, la participación de otros actores sociales ha hecho posible una tendencia de cambio en la noción de la atención a la salud mental. Desde la salud pública, por ejemplo, se ha pujado por adoptar el precepto de que este tipo de adversidades debe tener mayor centralidad en las políticas nacionales y globales, por lo que se fomenta que su atención sea cubierta desde los servicios de primer nivel (Price et al., 2007). La sugerencia implica a su vez, un cambio en la concepción de qué tipo de especialistas deben de intervenir para tales propósitos. Al menos en parte, esto explicaría el hecho de que la psicología clínica haya adquirido un rol cada vez más patente dentro de los recursos de intervención en el primer nivel. Aunque no explica a fondo el crecimiento de la atención psicoterapéutica en el ámbito privado.

Atender los diversos factores que inciden en las tensiones y distanciamientos que existen entre la psiquiatría y la psicología clínica rebasan los objetivos de este trabajo. No obstante, indicios de este distanciamiento han sido estudiados a partir de que la psiquiatría, a través de un actor de gran influencia como lo representa la Asociación Psiquiátrica Americana, adoptó un nuevo enfoque diagnóstico a inicios de la década de los años ochenta del siglo pasado. Es ampliamente citado el hecho de que la tercera edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III), buscaba distanciarse de las interpretaciones psicoanalíticas con las que había convivido en sus ediciones previas (Mayes y Horwitz, 2005; Scull, 2019). En la actualidad, sin embargo, el hecho de que se hayan consolidado diversas escuelas de psicología clínica más allá del psicoanálisis permite suponer que este tipo de atención en ocasiones complementa el enfoque biomédico de la salud mental auspiciado por

la psiquiatría, mientras que, en otros casos, su objetivo busca de hecho contrarrestarla (Pérez y Fernández, 2008). No es sencillo, por otra parte, contar con datos certeros al respecto del crecimiento y cobertura de la atención psicológica privada, ni tampoco de la preponderancia de algún tipo de escuela o tradición. Para evitar generalizaciones innecesarias, lo relevante es que, al igual la atención psiquiátrica, la atención psicoterapéutica (en sus diversas vertientes) depende de las circunstancias institucionales y materiales que, en contextos específicos, determinan los servicios de salud públicos y privados. Esta capacidad de cobertura que varía en las sociedades afecta las posibilidades para que ciertos grupos sociales accedan a dichos servicios. Para los fines de este trabajo esto es un indicativo relevante que alerta no solo sobre el hecho obvio de que las posibilidades de atención están mediadas por las asimetrías sociales, sino también porque advierte sobre las necesidades de especialización de quienes brindan estos servicios. Es decir: ¿la psiquiatría y psicología están preparadas para atender a poblaciones socialmente diversas?

Finalmente, habría que señalar que las deficiencias históricas que conlleva la puesta en marcha de un modelo de atención basado en este tipo de experticias no se traducen necesariamente en ausencia de atención. Las investigaciones sobre itinerarios terapéuticos ilustran una variedad muy amplia de instancias de atención que, si bien no remiten a la utilización de conocimientos biomédicos, sí cumplen con la función de brindar cuidados emocionales. Por ejemplo, desde las prácticas de autocuidado como la meditación, hipnosis o biorretroalimentación, hasta la utilización de las medicinas tradicionales, todas ellas aglutinadas por la salud pública como *Complementary and Alternative Medicine* (CAM). También, forman parte de estos otros contextos de atención las redes de apoyo social (formales e informales) que, para el caso de la salud mental y el bienestar emocional, tienen un papel central desde el punto de vista de la persona que recurre a ellos, dado que representan el primer contacto ante los síntomas de un malestar emocional que demanda cuidado (Berenzon-Gorn et al., 2005).

Las redes de apoyo social pueden ser de carácter formal o informal. Los espacios que brindan algún tipo de soporte emocional como asociaciones especializadas o centros sociales son redes de carácter formal, mientras que los espacios en donde los miembros de la familia de la persona que busca apoyo o sus amistades son quienes ofrecen este recurso de apoyo se les considera como redes informales (Aranda y Pando, 2013). Independiente del carácter constitutivo de ambas redes, el apoyo se concretiza en las interacciones que acontecen en esas redes. En el caso de las redes formales las interacciones se encuentran reguladas por normas explícitas constitutivas de la organización: horarios de atención, personal de apoyo, normativas internas. Mientras que en las redes informales las normas implícitas del contexto social en el que se desenvuelve son las que rigen los intercambios, por ejemplo, cómo se considere a la unidad doméstica o una red de amistades.

Cabe resaltar que el concepto mismo de *apoyo social* como forma de atención a la salud no ha estado libre de discusión. Para sus críticos, es necesario precisar las implicaciones de su dimensión *social*, es decir ampliar la relación que existe entre estas redes con las circunstancias sociales que las posibilitan, de modo que no se vean soslayadas las estructuras sociales en las que se sustentan (Castro et al., 1997). El cuestionamiento es importante, aunque para este trabajo hablar de redes de apoyo informal cumple el propósito de ubicar un espacio social en donde personas que lo consideran pertinente, inician una trayectoria que busca paliar algún tipo de malestar emocional. La trayectoria deriva en interacciones que permiten a la persona que así lo desea, dar testimonio de su experiencia hacia una audiencia con la que tiene vínculos de confianza.

Reconocer los tres contextos mencionados admite que las personas pueden establecer diferentes trayectorias de atención. En algunas ocasiones esto ocurre como resultado de la reflexividad que ponen en práctica sobre sus propios cuidados. En otras ocasiones, responde a las opciones limitadas que tienen a la mano. Por supuesto, no todas las adversidades en la materia pueden ocupar espacio en los diferentes contextos señalados, aunque la pregunta sobre si alguno de estos debería de ser prioritario en detrimento de los demás escapa a los objetivos del presente texto. Para los propósitos del mismo, resulta más importante tomar en cuenta que –al hablar de atención a los problemas de salud mental y el bienestar emocional– existen distintas opciones; sea por la incapacidad de las instituciones públicas para llegar ahí en donde se dicen cubren una necesidad de cuidado y atención, o sea por la reflexividad de las personas en cuanto a querer complementar sus cuidados, o bien, por la forma en como cada persona o familia procesa su propia vulnerabilidad o la de sus familiares, diferencia que los lleva a optar por modelos de atención cercanos de la concepción biomédica de la salud mental o alejados de la misma.

#### **4. Dinámicas de la exclusión testimonial en diversos contextos de atención**

En esta sección se analizan distintas facetas de interacción presentes en cada uno de los contextos de atención mencionados. El propósito es desglosar el tipo de dinámicas sociales que tienden a excluir la expresión del testimonio que busca en ellos algún tipo de apoyo, atención o cuidado. Dado que, como también se planteó, las trayectorias no siempre inician con la atención especializada, la revisión aquí propuesta comienza con las redes sociales de apoyo informal como punto de partida.

##### **4.1 Primeros contactos de atención: problemas de la audiencia y silenciamiento**

Para las personas que buscan paliar situaciones adversas en salud, las redes sociales de apoyo (formal o informal) suponen, al menos en principio, entornos de confianza que ayudan a solventar en algún grado la circunstancia manifiesta. Esto obedece al efecto de amortiguamiento que produce en las personas que recurren a ellas (Castro et al., 1997). No obstante, las redes sociales de apoyo no siempre logran acometer tal función. En las situaciones que conllevan expresiones emocionales adversas, paradójicamente, pueden representar el primer contacto que obstaculiza y cuestiona la naturaleza de dichos estados por parte de quien los profiere.

El trabajo de Berenzon y colaboradoras (2009), sobre los itinerarios de mujeres mexicanas que buscan cuidar su salud emocional, recopila algunos testimonios al respecto. Uno de sus informantes señaló que, ante las vicisitudes expresadas a lo que podría señalarse como su red de apoyo social informal (familiar), el mensaje de respuesta que recibió simplificaba su malestar y terminaba por atribuirle una responsabilidad individual para que se hiciera cargo de este.

(1) (me decían) ... que le echara muchas ganas, que yo le echara muchas ganas porque yo era la que estaba malita (sic) y que no me preocupara y que... buscara que yo me sintiera bien porque ellas [madre y amigas] no me podían ayudar así porque el mal yo lo traía dentro de mí. (Berenzon et al., 2009 p. 479)

Del mismo modo, en otros contextos como los espacios de divulgación web sobre atención a la salud, pueden encontrarse testimonios que registran situaciones similares. La página *PyDenSalud* dedicada a fomentar “el conocimiento, la autonomía y la participación activa de la ciudadanía sobre el cuidado de su salud” recopila testimonios de personas que en su entorno familiar y social recibieron afrontas respecto de la posibilidad de admitir tener alguna etiqueta diagnóstica.

(2) Vicente: Cuando tú le dices a una persona que estás deprimida, te dice: ‘- ¡Bah... Esas son cosas que te buscas tú’. O: ‘-¡Buah! eso es que no tienes nada que hacer.’ ¿Y tú cómo crees que.. en general, socialmente... se ve la depresión? Mal, se ve mal. Y se ve como que no es una enfermedad. Se ve como una cosa que uno tiene porque quiere, porque no tiene otras ocupaciones. (*PyDenSalud*, consultado junio 2022).

(3) Myriam: Con las patologías mentales (sic) que son siempre barreras invisibles ¿no?... uno procura ni mencionar que las tiene porque encima el estigma ¿no? hace tanto daño. Concretamente en el caso del depresivo, es pues eso, que hemos comentado antes: como de si está llamando la atención y demás. (*PyDenSalud*, consultado junio 2022).

(4) Rafael: -Si tienes una depresión es porque te la buscas” o “-Esto de la depresión tómate dos copas y ya está”, “-La depresión como de gente floja”. (*PyDenSalud*, consultado junio 2022)

Las expresiones de estos cuatro testimonios dan cuenta no solo de la estigmatización evidente a la que fueron sujetos por parte de su entorno social inmediato una vez que buscaron expresar estados emocionales adversos. Como a continuación se planteará, este tipo de respuestas iniciales implican la reproducción de prácticas que deterioran el estatus epistémico de quienes buscan expresar sus adversidades, y que para los casos mencionados puede desglosarse desde al menos tres direcciones.

En primer lugar, el tipo de respuestas iniciales que recibieron los testimonios de sus entornos sociales inmediatos da lugar a lo que Kristie Dotson (2011), considera un ejercicio de violencia epistémica. Esto, porque el nivel de desconcierto por parte de la audiencia para interpretar aquello que los testimonios profieren impide que estos den cuenta de su situación de manera adecuada, es decir, que logren manifestar y en su caso explorar sus estados emocionales. Dotson hace énfasis en que la reciprocidad de una audiencia es parte esencial para que un intercambio comunicativo sea exitoso. Cuando esta reciprocidad no se mantiene, aún sea de forma no intencional, puede considerarse un ejercicio de violencia epistémica dado que instaura prácticas que van silenciando a ciertos sujetos. Dicho de otro modo, el papel de la audiencia es vital para que una persona pueda ofrecer su testimonio, pues le brinda ese reconocimiento de que merece la pena que sea atendido aquello que decide comunicar (Dotson, 2011). En la descripción de Dotson, las limitaciones de la audiencia que instauran estas prácticas de silenciamiento responden a una ignorancia dañina/perniciosa que incita a desestimar ciertos testimonios de manera sistemática.

Bajo estas consideraciones, lo relevante es que todos los testimonios relatan obstáculos presentes en lo que pudo haber conformado su red de apoyo social informal. La negación de ciertos estados de ánimo se expresa como puesta en duda de la palabra del testimonio y como ocultación de la existencia de eso que dicen afrontar. En ese sentido, habría que considerar, en segundo lugar, que parte del

porqué ocurre esto así obedece a la incompatibilidad entre lo que la audiencia asume que son estados idóneos o adecuados y aquello que le genera disonancia al contravenir su horizonte de comprensión e interpretación: “Sentirse bien” en oposición a “malita” en el primer testimonio, “ser prudente” frente al “llamar la atención” o “activo” frente a la “flojera”, en los dos últimos. Desde luego estas interpretaciones limitadas de la audiencia responden a patrones del horizonte cultural al que pertenecen los miembros de la audiencia. Valorar ciertos estados de ánimo y comportamientos concretos en detrimento de otros, es parte de la complejidad social de la que emanan todas las redes de apoyo formal o informal. Pero lo relevante en el análisis de los casos mencionados es que los prejuicios negativos que pone en práctica la audiencia hacia ciertos estados de ánimo y comportamientos pueden a su vez estar entrelazados con otro tipo de prejuicios como los de identidad, de modo que las expresiones de rechazo si bien comparten un nivel de generalidad, se van encausando hacia la estigmatización de ciertos sujetos de manera más concreta. Piénsese en la exclusión de comportamientos como el llanto dentro del patrón hegemónico y admisible de conductas emocionales masculinas (Munguía, 2013). Lo que termina no solo por fomentar la estigmatización del llanto, sino que también genera repercusiones en la dinámica de los grupos de apoyo de familiares o conocidos, en tanto que las personas que experimentan estados emocionales de tristeza, desesperanza o agobio sigan reprimiéndolos. El primero de los testimonios aquí señalados podría analizarse desde esta óptica en el que se cruzan una serie de prejuicios: cuando a las mujeres solo se le atribuyen labores de cuidados, existe la propensión a que, paradójicamente se les excluya para beneficiarse de los mismos, es decir que se les niegue la posibilidad de ser objeto de cuidado cuando manifiestan vulnerabilidad.

Por otra parte, una diferencia que podría plantearse entre los casos mencionados es que para los tres últimos testimonios (2 a 4), la adscripción a una etiqueta diagnóstica, en este caso la depresión, habilita a un tipo de audiencia, por ejemplo, la de la comunidad de especialistas y de las personas que promueven la atención en salud mental, para que, bajo este lenguaje terapéutico la expresión de su testimonio comience a tener cabida. Esto explicaría en parte por qué la divulgación de ese tipo de espacios que recolectan testimonios es visto como una forma de combatir su estigmatización, aunque no explica, como más adelante se señalará, las limitantes que también genera adscribirse al uso del lenguaje diagnóstico en determinados contextos.

Finalmente, los ejercicios de violencia epistémica que obstaculizan al testimonio mediante el silenciamiento invitan a preguntarse qué tipo de daños epistémicos produce en ellos y en la audiencia. Como se advirtió más arriba, desde la perspectiva de Fricker las devaluaciones de los testimonios a partir del cuestionamiento de su capacidad como sujetos de conocimiento derivan en un estado de cosificación. Respecto de los testimonios mencionados, no es claro que esto ocurra así. En ese sentido, la lectura que plantea Polhaus sobre la desestimación de su subjetividad de ciertos testimonios parece más acertada para describir el perjuicio que padecen. Las personas que buscan en su red de apoyo social informal un primer contexto de expresión de sus adversidades enfrentan, como lo muestran los testimonios mencionados, una derivación que impide la exploración y en su caso aceptación de sus estados emocionales. En ese sentido, se trunca su subjetividad (Pohlhaus, 2014), dado que reciben de la audiencia un cuestionamiento expresado a través del escepticismo que manifiestan frente a la capacidad como informantes para conocer sus propios estados.

## 4.2 Obstáculos en la atención psicológica: de los prejuicios de participación a la persistencia de los prejuicios de identidad

En la novela de Rodrigo Muñoz, *Psiquiatras, psicólogos y otros enfermos*, el protagonista Rodrigo Montalvo se enfrenta una serie de enredos familiares que se acrecientan cuando de forma repentina comienza a experimentar una parafasia. La situación lo conduce, más a regañadientes que por convicción propia, a buscar atención especializada, de la psiquiatría primero y la psicología después. En su periplo por diversos consultorios, el protagonista va sumando padecimientos o pronósticos que resultan, a decir de los especialistas, diagnósticos que se agravarían si no reciben pronta atención. Entre sus múltiples visitas, el diálogo con un psicoterapeuta resume la discusión aquí revisada.

Psicoterapeuta: Verás, Rodrigo, las situaciones erróneas de unas sílabas o palabras por otras pueden observarse ocasionalmente en los hablantes normales, sin necesidad de que hablemos de parafasia.

Rodrigo: Ya, eso mismo es lo que yo pienso...

Psi: Pero cuando se producen de la manera en la que me has descrito, con una gran vinculación a posibles fobias o episodios de alteración emocional, entonces estamos hablando de una patología más severa que debemos tratar.

R: Pienso que ese no es mi caso, doctora.

Psi: Tu opinión es muy importante, Rodrigo, y aquí siempre será escuchada, pero te recuerdo que la especialista soy yo...

Ni duda cabe que la elección de un contexto de atención psicoterapéutica por parte de una persona usuaria se encuentra mediada por el otorgamiento de grados de confianza epistémica hacia la experticia como al especialista que la brinda. Es decir, la persona que recurre a este tipo de servicios asume, en algún grado, que representa un espacio adecuado para afrontar su adversidad; de otro modo no sería posible pensar en el desarrollo de las interacciones bajo las que se otorga este tipo de atención. Asimismo, a diferencia del contexto de cuidado descrito en el inciso anterior, el contexto que brinda la psicología clínica (como parte de los servicios de atención primaria, sean públicos o privados), implica un marco institucional que remarca de manera permanente las diferencias y los roles entre quien detenta un grado de autoridad epistémica mayor y quién, debido a su condición de usuario de estos servicios, no la posee en el mismo grado.

Gracias a que las psicoterapias están estructuradas como medios que pretenden atender al testimonio de la persona que se ubica en consulta, parece complicado aseverar que en dichos espacios tengan lugar algún tipo de dinámicas como las aquí analizadas. De hecho, salvando las excepciones de mala praxis –presentes, por otra parte, en las distintas áreas de atención en salud– suele considerarse que la atención psicoterapéutica representa ese espacio adecuado que recaba los malestares emocionales de un testimonio que así lo requiere. De ahí que las múltiples campañas que combaten la estigmatización de los padecimientos en salud mental fomenten este tipo de prácticas como un recurso especializado que, en no pocas ocasiones, complementa la atención psiquiátrica.

Sin embargo, hay varias consideraciones que invitan a ser más cautos con esta expectativa de atención. Al igual que los contextos de apoyo social informal, los espacios terapéuticos no son esferas aisladas al respecto de la presencia de los prejuicios negativos que operan en la sociedad. A esto se suma la posibilidad de que en dichos contextos operen la combinación de prejuicios. De los derivados de las condiciones institucionales que moldean dicho espacio, como la ya mencionada asimetría respecto de la autoridad epistémica de los participantes. Y de aquellos que resultan de las dinámicas del imaginario social, como los prejuicios de identidad. No es menor subrayar que una dificultad empírica para identificar este último tipo de sesgos en dichos contextos de atención radica en la poca información disponible al respecto. En gran medida, esto responde a un sesgo mayor que supone innecesario investigar las consecuencias de los prejuicios de identidad en ámbitos tan especializados, pues de manera benevolente se cree que la atención terapéutica resulta ese recurso necesario y loable que por sí mismo contribuye al bienestar de las personas que así lo demandan.

Sin embargo, en contextos sociales en donde la discusión sobre las asimetrías raciales se convierte en parte del debate público, estas esferas de atención especializada también pasan a ser objeto de discusión. De acuerdo con lo señalado por Gouvela y Zanelo (2019), quienes analizan la información de mujeres racializadas en contextos de psicoterapia en Brasil, uno de los obstáculos que enfrentaron en su proceso de atención responde a dinámicas sociales de exclusión testimonial. A lo largo de sus entrevistas, las autoras del trabajo identificaron un obstáculo definido como “muro de cristal”, el cual hace referencia a un proceso de estancamiento de la psicoterapia. Es decir, los especialistas encargados de ofrecer la atención bloquean la confianza de las usuarias cuando a) se mostraron ajenos a las cuestiones raciales que enmarcaban algunas de las preocupaciones de las mujeres en consulta, o bien b) pretendieron universalizar sus experiencias emocionales, con lo que minimizaban las afrentas raciales que narraban las mujeres como parte de sus malestares o narraciones y, por último, porque en el extremo opuesto, c) las propias mujeres ante la incapacidad que detectaban en el especialista para manejar estos temas, decidían no plantear abordar el tema. De acuerdo con los hallazgos de las autoras:

Ametista, que quería profundizar en la experiencia de la diferencia en el proceso psicoterapéutico, relató haber experimentado la sensación de límite cuando se dio cuenta de que su universo se enfrentaba al universalismo del psicoterapeuta... Quartzo Rosa, en su experiencia con el psicoterapeuta blanco, encontró una solución de compromiso a la limitación profesional que evitaba lo desagradable, prefiriendo, como afirmó, utilizar su tiempo de psicoterapia con temas que pudieran fluir. Quartzo Rosa señaló también los límites con respecto a la psicoterapeuta negra; según su apreciación, la profesional negra estaba desprovista del conocimiento sobre su propia historia y subjetividad. Turmalina también optó por no hablar de temas raciales ante la barrera insuperable, por miedo a perder la motivación y abandonar la psicoterapia, que satisfacía parcialmente sus necesidades. (Gouvela y Zanelo, 2019, p. 8)

Desde la reflexión sobre injusticia epistémica aquí reseñada, hay diversos procesos que podrían apuntarse para abordar las tres dificultades planteadas por las usuarias durante sus procesos de atención psicoterapéutica. En la versión de Fricker, la desestimación de los testimonios que analiza es

de carácter pre-doxástico por parte del oyente (*hearer*) como resultado de la operación de prejuicios identitarios que devalúan al testimonio que busca comunicar algo. Señalar el carácter pre-doxástico tiene la ventaja de plantear una dirección hacia la cual indagar los cimientos que sostienen este tipo de prácticas devaluatorias. Sin embargo, las adecuaciones de las que ha sido objeto la conceptualización de Fricker, permitirían añadir otras cuestiones que explican de manera más amplia las circunstancias señaladas por las usuarias.

En primer lugar, en tanto que, como señaló una de las informantes, los especialistas inadvertían los efectos que producen las asimetrías raciales en sus horizontes de bienestar, la pregunta pertinente no solo es si la actitud del especialista es de carácter pre-doxástico, sino qué es lo que orilla a que así ocurra y, sobre todo, se mantenga de forma tal que sea incapaz de considerar, siendo un especialista, los contornos de la experiencia de las personas usuarias más allá del foco de su experticia. Hay, por decirlo en los términos de Medina, un grado de indolencia epistémica (Medina, 2013) que impide entender la profundidad de esta circunstancia de la persona a quien se está atendiendo en función de que priorizan los dictados de su mirada experta. En este sentido, los lenguajes terapéuticos se sobrevaloran en detrimento de los diversos predicamentos que las personas usuarias desean transmitir, convirtiéndose en una barrera que, en efecto, excluye la contribución del testimonio a su propio proceso de atención. En la versión de Dotson (2011), este tipo de desestimaciones también constituyen una violencia epistémica con una manifestación específica que se describe como la asfixia testimonial (*smothering*).

Asimismo, quienes brindan atención en estos contextos ponen en práctica otro tipo de prejuicios que no se fundan en un sesgo identitario, sino en aquellos que juzgan de manera inadecuada de qué forma los sujetos participan en una actividad epistémica colectiva. En una crítica temprana y constructiva a los planteamientos de Fricker, Cristhopher Hookway (2010), señaló la importancia de reconocer un tipo de prejuicios que obstruyen la participación de testimonios bajo un formato distinto al señalado por la autora. Hookway buscaba reivindicar el hecho de que los encuentros testimoniales no deben de ser evaluados únicamente desde la perspectiva del informante, es decir, solo analizados a partir del criterio que sugiere si la transmisión de afirmaciones o información es o no exitosa. Reconstruir lo que realmente representa la actividad colectiva del conocimiento implica considerar que éstas tienen diversas formas de participación. Esto es, el involucramiento de las personas puede darse a partir de acciones como la sustentación de dudas, las reiteraciones o el planteamiento de preguntas. Acciones como estas no son menores, dado que forman parte crucial del circuito de comunicación que hace posible la obtención de metas epistémicas, y ayudan a clarificar el contexto de discusión o a enfatizar los fundamentos de ciertos postulados que están a debate. En este sentido, queda claro que, a diferencia del enfoque que sugiere Fricker (2007), e incluso Dotson (2011), en donde el énfasis evaluativo está en la audiencia más que en el escucha, en Hookway se encuentra una aproximación mucho más plural respecto de qué tipo de recursos epistémicos pueden hacer partícipes a un sujeto dentro de una actividad colectiva que tiene ese fin. De ahí que no solo las aserciones que realiza un sujeto, sino las preguntas y dudas tienen relevancia para la comunidad en la que se formulan. Regresando a la historia narrada por Rodrigo Muñoz con la que comenzó este inciso, el cuestionamiento al que estuvo sujeto el personaje principal por parte de su terapeuta da cuenta de este tipo de obstáculos en los contextos

de atención psicológica: cuando los especialistas carecen de suficiente sensibilidad en la escucha y atención del paciente que deriva una acotación a la expresión del testimonio: “Tu opinión es muy importante, Rodrigo, y aquí siempre será escuchada, pero te recuerdo que la especialista soy yo...”.

Los terapeutas, confiesa César Galicia (2021), pueden fallar por falta de sensibilidad, lo que produce un daño a las personas que buscan recurrir a ellas. Sea porque realizan interpretaciones equivocadas, olvidan datos importantes, o se enfocan erróneamente en segmentos que no son relevantes. Desde el punto de vista de las buenas prácticas terapéuticas, señala el autor –en este texto de divulgación que busca alertar sobre lo que debe considerarse una atención idónea–, la invitación es a que las usuarias identifiquen y las señalen cuando algo incomode, pues el terapeuta en teoría debe de estar preparado para la escucha y la validación de emociones, es decir, debe estar capacitado para refinar su horizonte interpretativo, *demostrar que lo entiende o intenta entender*, dice el autor. Aunque para que esto suceda, el terapeuta debe mostrar que existen las condiciones para ser interpelado en ese espacio de interacción por parte de quien busca la atención. De no concretarse, de no dar signos de que, de hecho, el espacio para la interpelación está siempre abierto, la expresión del testimonio en contextos de atención terapéutica puede ir minándose.

#### **4.3 Atención psiquiátrica: prejuicios identitarios, de participación y lenguajes patocéntricos**

A diferencia de los contextos de atención ya abordados, el que implica la atención psiquiátrica tiene la particularidad de contar con el respaldo sociotécnico que le brinda la biomedicina moderna (Murguía, 2019). Las coordenadas institucionales y de conocimiento que esto supone, le ha otorgado un papel preponderante para confeccionar un entendimiento de las adversidades emocionales y de comportamiento al auspicio de clasificaciones de los denominados trastornos mentales. Lo que, a su vez, permite la búsqueda y diseño de tratamientos que restituyan en algún grado el bienestar de las personas a quienes se les atribuye a través de un diagnóstico alguna de estas etiquetas. Por esa razón, las instancias de interacción mediadas por el conocimiento psiquiátrico son diversas. No solo en los espacios de consulta, sino también los espacios de internamiento que se han constituido para tal fin, como son los hospitales especializados y que, como se mencionó más arriba, representan en algunos contextos sociales la única opción en la que se concretiza la atención psiquiátrica. Debido a esto último, no puede afirmarse que quien acude a este tipo de atención responde en todo momento a la voluntad de la persona, pues en algunos casos se trata de la repuesta del entorno familiar que conduce a la persona hacia estas instancias de atención. En lo que sigue, se distinguen tres formas de exclusión testimonial presentes en la interacción que supone la atención psiquiátrica.

La primera de ellas tiene que ver con a) la persistencia de prejuicios de identidad en el diagnóstico psiquiátrico que se manifiesta a través de la anticipación y atribución de un tipo de etiqueta diagnóstica hacia ciertos sujetos. Indicios que propician este tipo de exclusión en contextos de atención psiquiátrica han sido señalado por diversos especialistas en salud mental, quienes hablan del problema de sobre diagnóstico de algunos trastornos mentales en poblaciones específicas. La esquizofrenia, que en poblaciones afroamericanas de Estados Unidos es sobre diagnosticada en comparación con la población blanca (Schwartz y Blankenship, 2014) o los trastornos de conducta que, en aquel país, tam-

bién parecen tener mayor prevalencia entre jóvenes latinos y afroamericanos (Mizock y Debra, 2011). Históricamente, en materia de género, dicho fenómeno también ha tenido expresiones como el sobre diagnóstico de trastornos del comportamiento en mujeres (Seedat et al., 2009).

El hecho de que estos errores del diagnóstico se presenten con mayor énfasis hacia ciertos sujetos dan cuenta de que en su conjunto, el sistema diagnóstico falla. Y si bien esto obedece a un entramado más complejo (habría que tomar en cuenta, entre otras cosas, el origen de las clasificaciones diagnósticas, el entrenamiento de los especialistas, las reglamentaciones vigentes), lo cierto es que el dispositivo del diagnóstico, al mediar las interacciones entre usuarios de los servicios de atención a la salud mental y expertos psiquiatras, de algún modo tienden a tolerar y reproducir prejuicios identitarios negativos como en los ejemplos señalados.

Suman Fernando (2002; 2017) ha reflexionado sobre el funcionamiento del aparato psiquiátrico y su sesgo racial en perjuicio de las poblaciones no blancas y sugiere varios apuntes ilustrativos al respecto. Si bien su trabajo tiene la limitante de enfocarse en el contexto anglosajón, su contribución delinea una circunstancia que puede vincularse con los casos de injusticia testimonial descritos. Fernando señala que, pese a la insistencia de que la evaluación de dicha información se enfoca en los datos objetivos obtenidos a través de la entrevista, no hay forma de evitar que el psiquiatra ejerza cierta influencia en la lectura de estos datos. Por un lado, la información que recibe del usuario es interpretada por la percepción general que tiene el especialista sobre el grupo al que este pertenece, del mismo modo que la información que brinda el usuario toma en cuenta el contexto en el cual se expone, uno en donde se espera pueda mostrar su situación vulnerable que lo lleva a buscar atención. Por otra parte, el énfasis que pone el experto psiquiatra sobre determinada información está enmarcado no solo por los parámetros epistémicos de su especialidad, sino también de sus creencias y juicios de valor (Suman, 2017, p. 116). En ese sentido, por ejemplo, se reproduce lo alertado por el caso más arriba citado, la falta de experiencia personal de los psiquiatras respecto a las formas y ritmos de vida de los grupos marginados se convierte en un punto ciego para entender a cabalidad las experiencias, expectativas, anhelos, emociones y presiones que sufren las personas en dichos contextos. Al final, estos puntos ciegos son rellenados muchas veces por lo que indica el criterio diagnóstico.

Danielle R. Hairston y colaboradoras coinciden con este punto al analizar la evidencia más reciente sobre los sesgos raciales que aparecen en el momento del diagnóstico de diversos trastornos mentales en personas racializadas. Por ejemplo, cuando se les atribuyen síntomas psicóticos, como la paranoia, en vez de interpretarse que su comportamiento responde a una actitud válida de sospecha al ubicarse en ese contexto (2019, p. 114), o cuando se demostró que la interpretación de síntomas como la anhedonia, la disminución del habla y el escaso contacto visual en esta población por parte de residentes psiquiatras, se atribuían como síntomas negativos de la esquizofrenia (Hairston et al., 2019, p. 115). Otra forma de expresión de los sesgos en el diagnóstico clínico es el de la subestimación de síntomas cuando se trata de trastornos del comportamiento. Estudios que demuestran que las expresiones de angustia (lo que incluye la rumiación interna) tiene mayor probabilidad de ser interpretados como síntomas sicóticos cuando los expresaban poblaciones racializadas antes que como expresiones del propio del estado de ánimo (Hairston et al., 2019).

El fenómeno del sobrediagnóstico detonado por la puesta en práctica de prejuicios identitarios no es el único problema del dispositivo de diagnóstico que deriva en la exclusión del testimonio. También provoca, una segunda dinámica de exclusión cuando b) bloquea la participación de las personas que buscan ser atendidas bajo la sospecha de que quienes recurren a este tipo de atención no tienen las capacidades de brindar un testimonio adecuado. Como señala Scruton, la lógica del diagnóstico médico despliega mecanismos que priorizan la competencia experta y en esa medida establecen un espacio estrecho para la participación de la persona que desea transmitir su testimonio. De hecho, en algunos casos como el de la psicosis, señala Scruton (2017), hay un ejercicio tautológico del diagnóstico que funciona del siguiente modo: en función de que señalo que una persona tiene una experiencia psicótica, es pertinente cuestionar la credibilidad de las experiencias de quien es imputado con tal diagnóstico.

En varios sentidos, la atribución de una etiqueta diagnóstica es, para algunos testimonios, perder la credibilidad de su palabra. En sus ensayos autobiográficos titulados *The Collected Schizophrenias*, la escritora Esmé Weijun Wang reflexiona, entre otros temas, sobre su experiencia de internamientos voluntarios e involuntarios en instituciones psiquiátricas en Estados Unidos. Una de sus narraciones describe cómo sus declaraciones fueron puestas en duda en repetidas ocasiones por el médico psiquiatra que la trataba, dando paso a lo que más arriba se señaló como proceso de derivación. Cuando, en la entrevista inicial contaba que tenía estudios en psicología en prestigiosas universidades del país y que además era escritora, la interpretación del psiquiatra fue asumirla como una afirmación delirante. Posteriormente, en otro momento, el psiquiatra malinterpreta sus palabras y le imputa una afirmación en perjuicio de ella, pues se le etiqueta como signo diagnóstico. Weijun Wang recuerda que el psiquiatra le señala su predisposición a creer en “una conspiración de personas” cuando lo que había proferido tenía que ver con su deseo de expresar el sentimiento de que se “sentía insegura” (2019, p. 100). En la reflexión de la autora, señala que al utilizar el término “insegura” despierta ciertas alertas en el diagnóstico psiquiátrico relacionadas con el suicidio.

Finalmente, el tercer tipo de dinámica de exclusión tiene que ver con: c) los bloqueos en la atención dentro de los internamientos involuntarios, los cuales derivan en la cosificación de las personas en contextos de internamiento. En *Locuras en primera persona*, el historiador Rafael Huertas (2020), recupera testimonios autobiográficos de personas que vivieron situaciones de encierro, como el de la poetisa italiana Alda Merini, quien en su *Diario de una diversa* registra los años de internamiento. Las particularidades de la obra de Merini, resaltadas por Huertas, da cuenta de la adversidad y vulnerabilidad que afrontan las personas a quienes, sin su consentimiento, se les hospitalizó durante periodos de tiempo prolongados, así como de los tratamientos forzados, tales como las terapias electroconvulsivas o farmacológicas, así como la pérdida de autonomía en las rutinas de la vida diaria (Huertas, 2020, p. 95). Esto ha dado lugar a una crítica sostenida reproducida en diversas sociedades por parte de ex usuarios de la psiquiatría que cuestionan desde hace décadas el modelo de internamiento. Pese a ello, podría sostenerse que las prácticas siguen aconteciendo en modos quizá menos atroces, pero reproduciendo grados de cosificación de la persona. En su recuento sobre los internamientos involuntarios que sufrió, Esmé Weijun Wang también reflexiona sobre la característica principal de dichas instituciones desde el punto de vista del usuario: la desconfianza en las aseveraciones de las personas que son atendidas. Si estás en internamiento, señala: “no se te creará nada”, lo que tiene como corolario, justo su

contraparte: “se creerán cosas sobre ti que no son en absoluto ciertas” (2019, p. 98). Esta declaración compagina con lo discutido hasta ahora sobre los daños que padecen las personas como sujetos de conocimiento en contextos de internamiento. Weijun Wang, narra, por ejemplo, el momento en el que se le cuestiona sobre su estado de ánimo una vez que, después de varios días de tratamiento, sus manías y depresión habían menguado. La enfermera al escuchar la respuesta positiva de Wang sobre su mejoría insiste: “Pero, ¿cómo te va realmente?” (2019, p. 98). Weijun Wang interpreta, a partir de sus experiencias previas en instituciones psiquiátricas, que lo esperado es que los “pacientes” muestren una falta de perspicacia, por lo que una respuesta positiva y tranquila no solo genera desconcierto, se pone en duda porque se desconfía de su actitud. Desde lo apuntado hasta ahora puede decirse que, en esta interacción, se le despoja al testimonio de su capacidad de competencia epistémica para describir su propio estado. Mientras que la insistencia en la pregunta pareciera buscar corroborar los límites coherentes del testimonio, más que su estado real.

Una objeción habitual al respecto de esta crítica de las personas usuarias es que, en los contextos de atención a la salud mental, hay situaciones que impiden que algunas personas sean consultadas. En tales casos, hablar de exclusión testimonial no tendría sentido pues, se afirma, hay condiciones para apelar a la autoridad epistémica de los expertos, en este caso psiquiatras, para que decidan sobre el curso del tratamiento que, en circunstancias extremas, incluso permitan salvaguardar la vida de la persona. Sin embargo, esta visión reproduce las asimetrías que sostienen el poder otorgado a los expertos y obstaculiza la posibilidad de pensar opciones que faciliten la expresión del testimonio más allá del lenguaje proposicional. Al respecto, la perspectiva de la defensa de los derechos humanos sugiere, por ejemplo, una serie de pasos a partir de los cuales se puede dar cabida al testimonio de las personas, así como a sus preferencias y voluntades, esto a través de la figura de *la mejor interpretación posible*. Lo que se sugiere con dicha figura es que no solo el conocimiento proposicional que puede proferir la persona vale en los contextos de atención. Tal y como se afirma en un informe reciente sobre violaciones a los derechos humanos de las personas en hospitalarios psiquiátricos:

Cuando, después de agotar los recursos, resulta imposible establecer las preferencias y voluntad de las personas, la determinación del “interés superior” debe ser sustituida por la “mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias”, *la cual alude a la toma de decisiones considerando todos los elementos que ayuden a interpretar su voluntad, tales como historia de vida, preferencias, deseos, gestos, etcétera.* (González-Benítez et al., 2020, p. 85)

Esta perspectiva de los derechos humanos reproduce de manera paralela la discusión de Hookway sobre cómo pensar los intercambios testimoniales más allá de la perspectiva del informante, planteando la necesidad de considerar la participación en el circuito de comunicación como una parte sustancial de la empresa epistémica.

## 5. Reflexiones finales: pensar las dinámicas de exclusión testimonial

Desde los manuales de las buenas prácticas de atención, las rutas de detección de errores son como los mapas que, sabiéndolos usar, resultan un instrumento invaluable para realizar diferentes trayectorias. No obstante, en el contexto de atención a la salud mental y cuidado emocional, es claro que la asimetría entre la autoridad epistémica y la condición de vulnerabilidad de las personas que ahí participan puede ser tal que el tipo de errores aquí descritos no son interpelados en todo momento, como se proponen todos los manuales que en la actualidad sugieren una mejora en la atención. En ese sentido, las personas que no son atendidas apropiadamente padecen el hecho de que su subjetividad quede truncada (Pohlhaus, 2014), pues su agencia como persona competente, se ve nublada por la falta de empatía, en un escenario en donde, se supone, existen las condiciones adecuadas para encontrarla; cuando no cosificada (Fricker, 2007), en las situaciones de internamiento.

El trabajo de Havi Carel y James I. Kidd ha sido pionero en la reflexión sobre injusticia epistémica y atención a la salud. En diversos textos han estudiado los obstáculos que las personas, principalmente aquellas que padecen una enfermedad crónica, tienen para dar sentido a su testimonio fuera de los contornos patocéntricos de la mirada médica. Con ello, hacen énfasis en que los problemas que enfrentan los pacientes no solo se manifiestan y resuelven a nivel de las interacciones, sino que en ellos se manifiestan los marcos hermenéuticos que dan primacía a la manera en la que la mirada médica define la dicotomía salud/enfermedad. Recientemente, por influencia del trabajo de José Medina (2013), acuñaron la noción de “predicamento epistémico”, para dar cuenta de los intersticios sociales cambiantes en los que las personas se desenvuelven en el plano epistémico en esta esfera de la vida social. Este tipo de predicamentos:

...puede generar una preocupación constante por tener que equilibrar los intentos de perseguir los propios objetivos epistémicos y responder al mismo tiempo a las reacciones hostiles y a las imposiciones de los demás. Puede plantear el reto de intentar constantemente garantizar la correcta recepción de los propios testimonios entre personas que carecen de la sensibilidad y los recursos hermenéuticos adecuados. Otro rasgo es el peligro inherente por tratar de desafiar las expectativas opresivas arraigadas en la sociedad sobre cómo uno debe actuar epistémicamente... La necesidad de desarrollar estrategias eficaces para proteger la frágil credibilidad testimonial de uno mismo frente a los constantes esfuerzos de otros por erosionarla. El riesgo de que las experiencias sociales de uno sean constantemente objeto de malentendidos muy distorsionados y a menudo deliberados que pueden ser tan dolorosos de soportar como de intentar corregir. Y la amenaza de ser degradado epistémicamente a los ojos de los demás como resultado de su desafío a las expectativas normativas opresivas sobre cómo debe uno comportarse epistémicamente. (Kidd y Carel, 2021, p. 70)

Una de las principales motivaciones del presente trabajo ha sido cuestionar la tendencia, presente hasta ahora en las descripciones desarrolladas por los debates de injusticia epistémica en torno a la salud mental, por el hecho de que se hayan centrado primordialmente en analizar el contexto de mayor credibilidad epistémica representado por la práctica psiquiátrica. Como se advirtió desde el inicio, otros contextos de atención y cuidado operan en las sociedades para tal fin. Aquí se ha realizado

un intento por ofrecer un panorama que vincule los diversos contextos con el propósito de mostrar cómo se reproducen y replican dinámicas de exclusión testimonial; o dicho en los términos de Carel y Kidd, cómo se le presentan a las personas que buscan atender y/o cuidar su salud emocional los predicamentos de carácter epistémico. En ese sentido, el trabajo busca hacer notar la importancia que tiene adoptar un enfoque que aborde las dinámicas sociales de los escenarios previamente descritos, esto con el fin de evitar que las parcelaciones sociales a las que, en ocasiones, remiten las descripciones sobre injusticia epistémica —la testimonial y hermenéutica, es un caso— no sean solo entendidos como segmentos aislados, sino como parte de las trayectorias de las personas que buscan atención. En este trabajo se avanzó en esa dirección, al pluralizar el horizonte de atención y con ello, advertir que los retos que implica construir un marco menos estrecho de justicia en relación con los contextos de atención a los cuidados de la salud mental no dependen de la corrección de un solo sistema experto, ni de una sola política de intervención.

## Referencias

- Altanian, M., y El Kassar, N. (2021). Epistemic Injustice and Collective Wrongdoing: Introduction to Special Issue, *Social Epistemology*, 35(2), 99-108. <https://doi.org/10.1080/02691728.2020.1843199>
- Aranda, C., y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233-245, <https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929>
- Bacharach, S. (2018). Finding Your Voice in the Streets: Street Art and Epistemic Injustice. *The Monist*, 101(1), 31–43. <https://doi.org/10.1093/monist/onx033>
- Berenzon-Gorn, Sh., Saavedra-Solano, N., y Alanís-Navarro, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Pública de México*, 51(6), 465-473.
- Berenzon-Gorn, Sh., Saavedra-Solano N., Medina-Mora Icaza, M. E., Aparicio-Basaurí, V., y Galván-Reyes, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 252–8.
- Dotson, K. (2011). Tracking Violence, Tracking Practices of Silencing. *Hypatia*, 26(2), 236-257. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x>
- Eraña, A. (2022). ¿Es posible la justicia epistémica sin un lugar común? (Hacia una reconceptualización del espacio público y las relaciones sociales). *Estudios de Filosofía*, 66, 9-31 <https://doi.org/10.17533/udea.ef.348998>
- Fernández, J., y Pérez Álvarez, M. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Fricker, M. (1998). Rational authority and social power: towards a truly social epistemology *Proceedings of the Aristotelian Society*, 98(1), 159–178. <https://doi.org/10.1111/1467-9264.00030>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice. Power and ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Fricker, M. (2017). Evolving concepts of epistemic injustice. En J. I. Kidd, J. Medina, y G. Pohlhaus (Ed.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (pp. 53-60). Routledge.
- Galicia, C. (2021, 1 de enero). Cómo saber si tu terapeuta es violento, las claves para entenderlo. *AnimalMX*. <https://animal.mx/2021/01/como-saber-si-tu-terapeuta-es-violento-psicologia/>

- González-Benítez, N., Salvador-Ferrer, Á., y Sheinbaum-Lerner, D. (2020). *¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México*. DOCUMENTA A.C. <https://acortar.link/Xkbvsh>
- Gouveia, D. M., y Zanello, V. (2019). Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. *Psicologia Em Estudo*, 24. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.42738>
- Hairston, D., Gibbs, T., Wong, S. Sh., & Jordan, A. (2019). Clinician bias in diagnosis and treatment. En M. Medlock, D. Shtasel, N. Trinh y D. Williams (Eds.), *Racism and Psychiatry Contemporary Issues and Interventions*, 105-137. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-90197-8\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-90197-8_7)
- Hookway, C. (2010). Some varieties of epistemic injustice: reflections on Fricker, *Episteme*, 7(2), 151-163. <https://doi.org/10.3366/E1742360010000882>
- Huertas, R. (2020). *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos*. Catarata.
- Jackson, J. (2017). Patronizing Depression: Epistemic Injustice, Stigmatizing Attitudes, and the Need for Empathy. *Journal of Social Philosophy*, 48, 359-376. <https://doi.org/10.1111/josp.12194>
- Kidd, I. J., y Carel, H. (2017). Epistemic injustice and illness. *Journal of Applied Philosophy*, 34(2), 172-190, <https://doi.org/10.1111/japp.12172>
- Kidd, I. J., y Carel, H. (2018). Healthcare practice, epistemic injustice, and naturalism. En S. Barker, C. Crerar, y T. S. Goetze (Eds.), *Harms and Wrongs in Epistemic Practice* (pp. 211-233). Cambridge University Press.
- Kidd, I. J., y Carel, H. (2021). The Predicament of Patients. En J. Baggini (ed.), *How Do We Know? The Social Dimension of Knowledge*. Cambridge University Press.
- Kidd, I. J., Medina, J., & Pohlhaus, Jr. G. (2017). *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Routledge.
- Martínez, M. (2013). *Masculinidad hegemónica y expresividad emocional de hombres jóvenes*. En J. C. Ramírez-Rodríguez y J. C. Cervantes Ríos (Coords.), *Los hombres en México: Veredas recorridas y por andar. Una mirada a los estudios de género de los hombres, las masculinidades* (pp. 177-200). Universidad de Guadalajara.
- Mayes, R., y Horwitz, A.V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 41, 249-267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- Medina, J. (2013). *The epistemology of resistance. Gender and racial oppression, epistemic injustice and resistant imaginations*. Oxford University Press.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Mizock, L., y Harkins, D. (2011). Diagnostic bias and conduct disorder: improving culturally sensitive diagnosis. *Child & Youth Services*, 32(3), 243-253. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2011.605315>
- Muñoz, R. (2005). *Psiquiatras, psicólogos y otros enfermos*. Alfaguara.

- Origgi, G., y Cirana, S. (2017). Epistemic Injustice The case of digital environments. En J. Kidd, J. Medina y G. Jr. Pohlhaus (Eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (pp. 303-313). Routledge.
- Pohlhaus, G. (2014). Discerning the primary epistemic harm in cases of testimonial injustice. *Social Epistemology*, 28(2), 99-114. <https://doi.org/10.1080/02691728.2013.782581>
- Prince, M., Vikram, P., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M., y Rahman, A. (2007). No health without mental health, *The Lancet*, 370, 859–877.
- Saavedra, N., & Berenzon, Sh. (2013). Placer, transformación y tratamiento: uso de las medicinas alternativas para problemas emocionales en la Ciudad de México. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 530-541. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200022>
- Scull, A. (2019). Contending Professions. Sciences of the Brain and Mind in the United States, 1900-2013. *Psychiatry and Its Discontents*. University of California Press.
- Schwartz, R., y Blankenship, D. (2014). Racial disparities in psychotic disorder diagnosis: a review of empirical literature. *World Journal of Psychiatry*, 4(4), 133-140. <http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.133>.
- Scrutton, Ph. (2017). Epistemic injustice and mental illness. En J. Kidd, J. Medina y G. Jr. Pohlhaus (Eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (pp. 347-354). Routledge.
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C. et. al. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the world health organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785-795. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/483115>
- Sherman, R. B., y Goguen, S. (2019). *Overcoming Epistemic Injustice. Social and psychological perspectives. Social and Psychological Perspectives*. Rowman & Littlefield International.
- Sullivan, M. (2017). Epistemic injustice and the law. En J. Kidd, J. Medina, y G. Jr. Pohlhaus (Eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (pp. 293-302). Routledge.
- Suman, F. (2002). *Mental health, race and culture*. Palgrave MacMillan.
- Suman, F. (2017). *Institutional racism in psychiatry and clinical psychology, Race matters in mental health*. Palgrave MacMillan.
- Van der Stuyft, P., & De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4).
- Weijun, W. E. (2019). *The Collected Schizophrenias*. Graywolf Press.

---

#### AUTOR

**Iván Eliab Gómez Aguilar.** Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma Chapingo. Doctor en Filosofía de la ciencia por la UNAM. Maestro en Estudios Políticos y Sociales y Sociólogo por la misma Universidad. Integrante del Social Epistemology Review and Reply Collective y del padrón de tutores del posgrado en Filosofía de la Ciencia-UNAM.