

SALUD  
CIENCIAS SOCIALES  
HUMANIDADES

REVISTA  
FOLIA  
HUMANISTICA



Fundación  
Letamendi  
Foms

2023, núm 1 Vol. 3

ISSN: 2462-2753

## SUMARIO

### TEMA DEL DIA

Pág.

**SEIS RECOMENDACIONES PARA AFRONTAR LOS NUEVOS RETOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. UNA REFLEXIÓN A LA LUZ DE LAS NECESIDADES DE LA SOCIEDAD ACTUAL.**

1

Varela J.

### PENSAMIENTO ACTUAL

**¿DIAGNOSTICAR ES ESTIGMATIZAR?**

18

Borrell F., Casado S., Peguero E., Morales V.

### ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

**TODO A PUNTO. TODO EN ORDEN**

37

Santos Unamuno C.

**INSTANTES EN LA CONSULTA**

41

Torres JI.

---

---

**Codirectores**

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)  
Alexandra Albarracín Castillo

**Responsable de Redacción**

Beatriz Gutiérrez Muñoz

**Consejo científico**

Francesc Borrell-Carrió  
Juan Carlos Hernández Clemente  
Juan Medrano Albéniz  
Vicente Morales Hidalgo

**Correspondencia**

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

[info@fundacionletamendi.com](mailto:info@fundacionletamendi.com)

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-  
liam-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-<br/>liam-humanistica/envio-de-manuscritos/)

**Información editorial**

*Folia Humanística* publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento “derechos de autor” que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

**Distribución**

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

---

***Folia Humanística*** es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en “Tema del día”, (artículos para el debate), “Pensamiento actual”, (artículos críticos de novedades editoriales), y “Arte, Salud y Sociedad”, la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

***Folia Humanística*** is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: “main focus” (article for debate), “Contemporary thought” (critical reviews of new Publications) and “Arts, Health and Society” which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

## ¿DIAGNOSTICAR ES ESTIGMATIZAR?

Borrell F., Casado S., Peguero E., Morales V.

**Resumen:** La neurodiversidad y determinados trastornos mentales pueden tener consecuencias en la igualdad de oportunidades y en la aceptación social. Un diagnóstico precoz puede mejorar la adaptación psicosocial y la calidad de vida. Sin embargo, para lograrlo, debemos vencer cierta reticencia profesional y ciudadana, justificada por el miedo a estigmatizar o patologizar conductas limítrofes con la normalidad. Educadores y profesionales de la salud no deberíamos dar por supuesto que pacientes y familiares comprenden el significado y el valor que aporta un buen diagnóstico a la calidad de vida. Demostrar la eficacia de las intervenciones basadas en evidencias puede allanar el camino a una mayor precisión y aceptación en el diagnóstico de trastornos mentales y del neurodesarrollo.

**Palabras clave:** *Estereotipos, prejuicios, trastornos del neurodesarrollo, neurodiversidad, estigma, adaptación psicosocial, medicalizar, igualdad de oportunidades, modelo de vida natural, modelo adaptativo.*

### Abstract: IS DIAGNOSING STIGMATISING?

Neurodiversity can have consequences on equal opportunities and social acceptance. Different strategies improve psychosocial adaptation and quality of life, but these strategies require - almost always - an early diagnosis. However, to achieve this, we must overcome some professional and citizen reluctance, justified by the fear of stigmatizing or pathologizing almost normal behaviours. Educators and health professionals should not assume that patients and relatives understand the value that provides a good diagnosis in the patient's quality of life. Demonstrating the effectiveness of evidence-based interventions, can pave the way to greater precision and acceptance in the diagnosis of neurodevelopment and mental disorders.

**Key words:** *Stereotypes, prejudices, neurodevelopmental disorders, neurodiversity, stigma, psychosocial adaptation, medicalization, equal opportunities, natural life model, adaptive model.*

Artículo recibido: 25 enero 2023; aceptado: 29 enero 2023.

Este artículo profundiza en la relación existente entre la diversidad humana, los diagnósticos médicos, y la recepción que hacen diversos colectivos de dichos diagnósticos. De manera más concreta, nos centraremos en las reticencias expresadas por diversos colectivos ante los avances que se producen en el conocimiento de las bases biológicas de la conducta y del neurodesarrollo. Nos referimos sobre todo a los trastornos del aprendizaje, pero también a determinados trastornos mentales. Estas reticencias vienen resumidas en la frase: “¡No pongan etiquetas a los niños!”, y también “¡estamos patologizando -o medicalizando- a la mayor parte de la población!”, e incluso “el Trastorno con Hiperactividad y Déficit de Atención (TDHA) no existe, drogan a los niños inquietos para que no molesten”. ¿Qué hay de cierto -y falso- en estas afirmaciones?

## DIVERSIDAD Y SOCIEDAD

La irrupción del Disease and Statistical Manual (DSM) (1) en el área cultural latinoamericana, supuso una revolución epistémica de primer orden. Y no solo para la psiquiatría: también para la Pediatría y la Medicina de Familia. ¡Cuántas revoluciones ocurren que jamás saldrán en la primera página de un periódico!, y sin embargo modifican la visión que tenemos del mundo.

Las diferentes revisiones del DSM han tenido la virtud de ordenar un debate - incluso una pugna- entre la corriente biologicista, cognitivo-conductual y psicodinámica. Las diferentes entidades que considera este Manual deben tener una sólida base casuística, y apoyarse en estudios de campo. Los redactores son sensibles a las críticas ideológicas, prejuicios y diversidad cultural, pero no por ello renuncian a la tarea fundamental: describir las situaciones problemáticas que afrontamos los seres humanos. En ocasiones se critica el DSM porque no tiene suficiente mirada holística, sin tener en cuenta que el DSM IV propone una metodología diagnóstica multiaxial, en la línea biopsicosocial (Tabla 1). A destacar, en esta misma línea, las guías de entrevista del DSM-5 (2).

**Tabla 1**

### DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL DSM IV

- Eje I: Síndromes clínicos.
- Eje II: Trastornos del desarrollo y la personalidad.
- Eje III: Trastornos o enfermedades físicas.
- Eje IV: Severidad de los factores de stress psicosocial.
- Eje V: Evaluación global del funcionamiento.

¿Por qué mencionamos el DSM con relación a la diversidad humana? Junto al International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD) (3) representan un esfuerzo internacional para acordar conceptos y entidades que describen la diversidad humana. Pero el DSM es solo un instrumento más en las conversaciones de los expertos. La irrupción a finales del siglo pasado de la Medicina

Basada en Evidencias (MBE) tuvo por consecuencia un cambio profundo en las conversaciones sostenidas en ámbitos profesionales. Ya no resulta posible aprobar un protocolo o guía clínica de un Servicio Hospitalario o Centro de Salud, sin tener como referencia alguna Guía Europea o Americana, laboriosamente trabajada en base a evidencias. Participar en estas conversaciones solo está al alcance de autores de artículos de investigación que han pasado el filtro de revistas evaluadas por “peer review”, y han realizado aportaciones valiosas. Nunca las conversaciones expertas y los consensos habían llegado a este grado de formalización. Los protocolos de la Asociación Española de Pediatría (AEP), son un buen ejemplo (véase el protocolo relativo a trastornos neurológicos y del neurodesarrollo) (4).

Resulta fuera del alcance de este artículo describir la complejidad de estas conversaciones, y de las subsiguientes interacciones, -reflexiones, aplicaciones, impugnaciones...- a que dan lugar. Pero sí quisiéramos remarcar su carácter normativo, e incluso, el consenso que suponen en la manera de interpretar aspectos de nuestra realidad. El resultado más visible de la MBE es que se ha reducido drásticamente la variabilidad en las explicaciones que proporcionamos los profesionales de la salud a la ciudadanía. Pensemos por un momento en el concepto de depresión que existía hace apenas 50 años (la depresión como enfermedad coexistía con la visión de una personalidad débil), y en la consideración social que hoy en día existe (la depresión se entiende como enfermedad, y menospreciar al depresivo sería, cuando menos, un insulto).

La evolución histórica, vista a vuelo de pájaro, parece clara: avanzamos hacia una mejor comprensión de la diversidad humana. Donde antes hablábamos de un niño gandul, ahora tratamos de ver si existe un trastorno del sueño o de la atención, u otra situación psicosocial (desorganización familiar, celos, etc.). Indagamos. No nos conformamos con el estereotipo “niño/a gandul”, porque el adjetivo “gandul”, este sí, estigmatiza. En cambio, consideramos que diagnosticar a un niño de un trastorno del sueño clarifica su situación familiar y escolar. Nos traslada a un concepto de salud - por ejemplo, “narcolepsia”- que dispone de un tratamiento estandarizado, pero sobre

todo entiende que la conducta del niño no es electiva, está más allá de su voluntad. Frente al modelo de “vida natural”, según el cual no hay que intervenir en la manera de ser de cada cual, la tendencia de educadores y profesionales de la salud es hacia un modelo adaptativo: podemos actuar sobre características de las personas que impiden su normal u óptimo desempeño social, le causan sufrimiento e impiden el pleno desarrollo de sus capacidades.

Ahora bien, avanzar en la conceptualización de la diversidad humana implica que emerjan trastornos que hasta ahora no nos habían llamado la atención. Casi de la noche a la mañana nos sorprenden altas prevalencias de TDHA, dislexia, espectro autista de alto rendimiento (5) ... Y surge una pregunta bastante lógica... ¿estamos patologizando la normalidad? He aquí una interesante paradoja: queríamos evitar el estigma de “niño gandul” y surge la duda de si ahora, con estos “nuevos” diagnósticos, estamos ayudando a los niños con dificultades escolares o, por el contrario, les acomplejamos y medicalizamos en exceso. Una duda que se extiende a otros trastornos propios del adulto, en el área de la salud mental (como es la depresión, enfermedad bipolar, estrés postraumático...), o somática (fibromialgia, osteoporosis, intolerancias alimentarias, dolor generalizado, sensibilidad química múltiple, alergias, piernas inquietas...). ¿Somos víctimas de una estrategia mercantilista que expande los límites de lo patológico para crear nuevas áreas de negocio (*disease mongering*)?

## **ESTIGMA Y FUNCIÓN DIAGNÓSTICA**

Definamos estigma como el conjunto de actitudes y creencias desfavorables, que tienen por objeto rechazar o desacreditar a una persona. Difícilmente una fractura de fémur estigmatiza. En cambio, aquellas entidades en las que sospechamos participación de la persona, eso es, que la persona tiene margen para modular los síntomas a voluntad, pueden tener capacidad estigmatizante. Serían, como no, las entidades del área psicosocial u otras entidades elusivas de tipo somático.

Sin embargo, no basta recibir un calificativo con capacidad de estigmatizar para que se produzca el efecto estigmatizador. En primer lugar, este calificativo debe venir de alguien que posea la autoridad o la legitimidad suficiente para que otras personas se lo tomen en serio, y debe tener cierto grado de verosimilitud en relación con lo que sabemos de la persona aludida. Obsérvese la paradoja: tiene que ser un calificativo que defina a la persona, la desvalore, pero sin traspasar la línea roja del insulto. Tiene que obedecer a una conducta o manera de ser del individuo, y para producir efecto estigmatizante, debemos encontrar un público predispuesto a compartir el prejuicio o estereotipo.

### Casos prácticos:

1) Si en una conversación califico a un compañero de trabajo de “gandul”, aún sin conocer a fondo las tareas que esta persona realiza, ¿defino a la persona o la insulto? Va a ser el contexto, la manera de decirlo y, sobre todo, la autoridad de quien lo dice, lo que determinará que le colguemos el sambenito de gandul. Pero si lo califica el jefe de Personal de una empresa, y no se percibe el adjetivo como una venganza, es probable que otros colegas acepten esta definición, sobre todo si activa algún estereotipo de sexo o raza, con las lamentables consecuencias estigmatizadoras.

2) En el pasillo de un Centro de Salud una médica le comenta a otra: “¡Uf!, la que te viene encima. Fulanito se te ha cambiado a tu lista de pacientes (o “cupó”), y es un paciente hipocondríaco y polidemandante”. Este comentario podemos admitir que define más que insulta, pero en todo caso limita la capacidad del otro profesional para hacerse cargo del paciente sin prejuicios. En conclusión: en ambos ejemplos se produce estigma.

Cuando un psicólogo determina, -tras una batería de pruebas-, que un niño o niña es disléxico, sin duda tiene suficiente legitimidad, y sin duda este diagnóstico tendrá repercusiones escolares. ¿Rechaza o desacredita a la persona que recibe el diagnóstico? Dependerá del entorno. En una escuela competente en diversidad, este diagnóstico va a suponer para el niño una gran oportunidad de avanzar en la

comprensión lectora. Sin embargo, en una escuela de maestros estresados y desmotivados, y, sobre todo, con escasa formación en diversidad, el maestro puede recibir el diagnóstico como una amenaza, y ello puede provocar que su actitud ante el niño/a sea diferente, quizás, en el peor de los casos, menos empática. Para una escuela privada elitista puede ser motivo de inadmisión.

He aquí otra interesante paradoja: descubrir y, sobre todo, entender la diversidad humana, requiere formación. En ausencia de esta formación la mayor parte de diagnósticos en el área psicosocial tendrán potencial estigmatizador. Y en determinadas situaciones puede producirse el estigma no por la conducta del profesional, quien, guiado de la mejor intención, emite un diagnóstico, sino por parte de quienes reciben este diagnóstico. En otras palabras, cuando alguien dice “no pongamos etiquetas a los niños/as”, quizás lo diga para defender al niño del estigma social, pero quizás también forme parte de este entorno poco preparado para entender las bases biológicas de la diversidad humana. Posiblemente efectúan una reflexión basada en el modelo de la vida natural (6): si hemos nacido es porque lo tenemos todo para vivir bien, y la neurodiversidad es una riqueza a preservar; será la sociedad la que crea estos trastornos y, por tanto, será ella la que tiene que solucionarlo. En consecuencia, no hay que pretender que un autista deje de ser autista, sino adaptar la sociedad a las personas autistas. Y extremando el argumento: no intervengamos sobre el niño autista, dejemos que se desarrolle a su aire (7).

## **SOCIEDAD SOMOS TODOS**

Tienen razón los partidarios del modelo de vida natural en exigir que la sociedad proteja la neurodiversidad, pero al menos su razonamiento hierra en tres aspectos: a) la neurodiversidad humana conlleva grandes dosis de sufrimiento personal; b) para adaptar la sociedad a estas personas, se requieren políticas costosas; y c) de nada sirven estas políticas si no entendemos que “sociedad” somos todos, y que nuestra actitud personal puede hacer inútil las políticas públicas. Por consiguiente, hay que priorizar estrategias de intervención destinadas a disminuir este



sufrimiento, y decidir quién y cuando las recibe. También se requieren acciones formativas para que educadores y profesionales de la salud sepan diagnosticar y tratar estas situaciones desde el Servicio Nacional de Salud. Porque solo a través de buenos diagnósticos, (a los que tiene mayor acceso las clases altas), podremos activar planes terapéuticos personalizados.

### **Un caso real:**

Niño de párvulos, 3 años, una maestra de educación especial percibe conducta de inhibición social, no mira a los ojos, no realiza juego simbólico, ausencia de lenguaje indéxico, (no señala con el dedo juguetes) ... la maestra cree que puede tener un trastorno autista, pero el resto de los colegas no consienten una evaluación especializada; “es muy pequeño, no vayamos a estigmatizarle”, dicen. Resultado: pérdida de tiempo para desarrollar estrategias educativas eficaces y con evidencia; oportunidad también perdida de solicitar un profesional de apoyo para el siguiente curso, una ayuda a la que este niño tenía derecho....

Este caso suscita otra reflexión no menor: un profesor puede desarrollar mirada semiológica y ser perfectamente capaz de sospechar un trastorno del espectro autista (TEA), como también la mayor parte de otros trastornos del aprendizaje. Podemos dejar el diagnóstico definitivo para el pediatra o el psicólogo clínico, pero quizás con los años este profesor tenga una muy buena mirada semiológica (sobre todo si la educa), y colegas menos avezados deberían hacerle caso. Los maestros pueden realizar una tarea importantísima sospechando trastornos del neurodesarrollo, pues un diagnóstico precoz mejora el pronóstico e inclusión social de casi todos ellos. La plasticidad del cerebro tiene unas “ventanas” de edad que debemos aprovechar (8).

Por fortuna la sociedad ha avanzado y avanza hacia una actitud más comprensiva con la diversidad, sea esta de estilos de vivir, inclinaciones sexuales o neurodiversidad (9). Evitar un proceso de estigmatización debería ser tarea de todos, del profesional que emite un diagnóstico como de la familia y paciente que lo recibe.

Cómo y cuándo comunicarlo al entorno (y la manera de hacerlo), pueden ser determinantes. Ni el profesional tiene que dar por supuesta una comprensión profunda del diagnóstico que emite, ni la familia tiene que presuponer que todos los implicados (escuela, amigos...), compartirán una visión constructiva. Hay que ser cautos y ayudar a las familias a preparar el terreno. Pero ello no debería ser óbice para avanzar en una visión más profunda de los problemas que encara cada persona, siempre bajo la premisa de que estamos realizando diagnósticos en las tres esferas: bio-psico-sociales.

Este enfoque también debería ser una preocupación de las políticas públicas. Resulta lacerante que una persona acondroplásica suscite comentarios o sonrisas despectivas cuando pasea por cualquier ciudad. O que los trastornos del neurodesarrollo no tengan planes educativos específicos cuando pueden llegar a representar del 11 al 15% del alumnado (10, 11).

## **LOS DIAGNÓSTICOS EXPRESAN UNA MIRADA SEMIOLÓGICA TRANSGENERACIONAL**

Pero hay otro aspecto de gran interés: ¿los profesionales de la salud patologizamos a la sociedad cuando diagnosticamos trastornos del neurodesarrollo, o trastornos mentales? ¿Incrementamos la vulnerabilidad del que ya es vulnerable, o limitamos su capacidad de crecimiento o adaptación, al comunicarle que tiene un trastorno obsesivo, una enfermedad bipolar o una ludopatía? ¿O en el caso de una niña/o, al comunicarle que tiene un trastorno del lenguaje, déficit atencional, dislexia, discalculia...?

Desde luego puede ocurrir, sobre todo cuando el diagnóstico es inapropiado. Y puede serlo al menos de tres maneras (Tabla 2). Pero estas prevenciones no deberían decrementar el valor de un buen diagnóstico, entendiendo por tal aquel diagnóstico que puede mejorar la calidad de vida.

Tabla 2

CUANDO UN DIAGNÓSTICO ES INAPROPIADO

a) <b>Error diagnóstico:</b> en este punto los profesionales de la salud deberíamos realizar un acto de contrición, porque en ocasiones precipitamos diagnósticos que precisan mayor tiempo de observación, o una batería de pruebas más amplias. Un caso típico: diagnosticar fibromialgia sin suficiente tiempo de observación.
b) <b>Error en la manera de comunicarlo:</b> con graves consecuencias en el conjunto del proceso asistencial (“tiene usted un cáncer de páncreas y le quedan 3 meses de vida”).
c) <b>El diagnóstico deja de tener relevancia o vigencia:</b> Si este diagnóstico oculta otros diagnósticos más importantes, o no describe la totalidad del problema, o simplemente ya no responde a la realidad del paciente, puede ser inapropiado. Suele ocurrir en pacientes geriátricos en los que se detecta una anomalía importante, (por ejemplo, una estenosis de la carótida), en un contexto clínico que requiere una mirada más amplia, (caídas por pérdida de conciencia), y el primer hallazgo focaliza la atención del clínico sin permitirle ahondar en otros aspectos más importantes.

Cuando efectuamos un diagnóstico ponemos el conocimiento de miles de profesionales, multitud de estudios y conversaciones altamente sofisticadas, y casi siempre varias generaciones de profesionales de muchos países y culturas diferentes, al servicio de este paciente en concreto. Solo buenos diagnósticos conducen a buenas estrategias de abordaje, y solo buenos diagnósticos permiten un pronóstico. Además, por lo general, un buen diagnóstico abre un camino terapéutico sensato y provechoso, y, en el peor de los casos, establece límites que sitúan a la persona en lo que podemos definir como “su” realidad biográfica (por ejemplo, un paciente autista siempre tendrá rasgos autistas, aunque pueda compensarlos en parte). Esta persona puede decidir “no saber”, y desde luego debemos ofrecerle esta posibilidad (12). Pero el simple hecho de que haya tenido la oportunidad de aceptar o rechazar un plan diagnóstico-terapéutico, solo por ello, ya ha tenido un mayor grado de libertad.

En ocasiones son los propios pacientes o familiares los que solicitan un diagnóstico clarificador. Sería el caso de un anciano que inicia una demencia, y presenta conductas extrañas. En este caso, el diagnóstico neuropsiquiátrico devuelve

a la familia la tranquilidad de que esta conducta disruptiva no pertenece a la manera de ser del anciano. De alguna manera, le restituye su dignidad.

Por el contrario, no suele ocurrir que unos padres deseen un diagnóstico precoz de autismo, aunque resulte evidente que el niño/a no juega como otros niños de su edad. La razón debemos buscarla en el poder que tiene el diagnóstico como acto de habla (13). Una vez se emite, transforma la visión de la realidad. Cuando un neuro-pediatra emite la frase... “el niño es autista”, se hunden expectativas y esperanzas. Es entonces cuando se tiene que abrir un proceso asistencial para redefinir estas expectativas y esperanzas... ¿Era mejor “no saber”? Los expertos en autismo están de acuerdo que cuanto antes se establece el diagnóstico, mejor pronóstico. Ocurre en casi todas las enfermedades y trastornos. Pero es comprensible la reticencia a afrontar la realidad. No solo estos padres, sino la sociedad entera, participamos en mayor o menor grado de este modelo de vida natural según el cual todos los niños son inteligentes, hábiles, creativos y tranquilos, y cuando desmienten esta presunción, cabe encontrar culpables en su medio familiar.

## **UNA VIDA PLENA**

¿Estigmatiza quien diagnostica? Una respuesta sencilla podría ser: estigmatiza quien no conoce la relatividad de un diagnóstico y ve la parte negativa sin ver la positiva. Veamos el caso de la dislexia: se acompaña generalmente de fortalezas que compensan. Son niños inteligentes que además tienen una capacidad notable de orientarse en el espacio (14), y muchos superan la dislexia con estrategias que ellos mismos inventan. La dislexia no solo no les ha cercenado una vida plena, sino que ha potenciado estrategias de metacognición que les servirán para otros retos. Pero un porcentaje no será capaz de superarlo con estrategias propias, y para estos sí va a ser clave que se les diagnostique y apoye. Y por desgracia aquí entra el sesgo de clase social y el tipo de familia que tiene el niño.

En otras palabras, un buen educador, un buen pediatra, un buen médico de familia, enfermera, psicólogo, asistente social... comparten el mismo fin: poner las bases de una vida plena para cada persona. Conocer a fondo la neurodiversidad ofrece a cada niño y quizás, en un futuro, a cada adulto, la posibilidad de reeducar capacidades para adaptarse mejor a su entorno y minorar la desigualdad de oportunidades. Siempre dando por supuesto su motivación para emprender este arduo camino. Por consiguiente, ante un niño “gandul” nos preguntaremos si hay causas biopsicosociales que podamos modificar, y que van más allá de su mera voluntad. Esta es la crucial diferencia entre adoptar el modelo de “vida natural” y el modelo adaptativo.

Pero no resulta necesario caer en una categoría diagnóstica del DSM-5 para sacar provecho de los avances de las neurociencias. Cada uno de nosotros podemos plantearnos esta sencilla pregunta: ¿cuáles son mis rasgos de personalidad que limitan, entorpecen o dificultan las relaciones que mantengo en el ámbito familiar, laboral o social? Nunca había sido tan fácil para cualquier ciudadano construir su propio manual de uso y disfrute de su persona.

## **LA MIRADA SEMIOLÓGICA Y LA POSICIÓN HERMENÉUTICA**

Atención, jóvenes profesionales: se abre un campo de investigación apasionante. Ya sabemos por trabajos bien realizados la evolución adulta de TDHA, (mayor tasa de suicidios, de drogodependencias, accidentes de tráfico...) (15). Pero hay muchos otros trastornos de los que desconocemos su evolución, o cómo se manifiestan en la edad adulta (16), (he aquí futuras tesis doctorales de primer nivel). También desconocemos el potencial rehabilitador en diferentes etapas evolutivas. Y eso no es estigmatizar, es proporcionar instrumentos para una vida plena.

La actitud empática y de comprensión de cada persona no tiene por qué estar reñida con un conocimiento profundo de la neurodiversidad. Todo lo contrario. Tener conocimientos semiológicos potencia la escucha. Aplicar mirada semiológica permite

una escucha en el plano social, formal e intencional (Tabla 3). Cuando sospecho que este paciente que me habla de una determinada manera, puede ser un paciente bipolar, y lo empiezo a sospechar no por otra cosa sino por su peculiar prosodia (y no por el contenido verbal, es decir, no por lo que me cuenta), se me abren nuevas posibilidades de escucha. He aquí la grandeza de la mirada semiológica. Y quizás estoy siguiendo un falso camino, quizás será exagerado o no pertinente este diagnóstico, pero justamente la mirada semiológica considera cada posibilidad como tal, y no como una certeza. Solo hay mirada semiológica madura cuando estoy en disposición de rectificar - ¡e incluso busco desmentirme! - de las primeras ocurrencias, las primeras hipótesis que cruzan mi mente. Literalmente debemos cultivar nuestros “segundos pensamientos”, (“*second thoughts*” en estupenda y habitual expresión del habla inglesa). Pero... ¡oh, sorpresa! Algunas veces esta sospecha se confirma de manera rotunda, y empiezo de veras a entender a este paciente bipolar que normalmente no será diagnosticado hasta... ¡10 años después de iniciar su clínica! (17). No olvidemos que la enfermedad bipolar es una de las entidades más elusivas sencillamente porque el paciente justifica todos sus percances biográficos usando su gran inteligencia (véase como ejemplo la novela de E. Carrère, Yoga). Los profesionales de la salud y de la atención psicosocial escuchan a buen seguro de manera empática a estos pacientes, pero no aplican el “decoupling” (18), eso es, el distanciamiento que permite analizar la forma de comunicación, el tono, la fluidez, la prosodia del lenguaje, la gestualidad... y no tan solo el contenido verbal.

En otras palabras, la mirada semiológica nos hace más reflexivos, porque nos ofrece una mayor gama de posibilidades diagnósticas. La mirada semiológica proporciona datos relevantes a la síntesis de significado, que no es otra cosa que la síntesis hermenéutica que realizamos. Y esta síntesis siempre la hacemos, otra cosa es que tengamos las herramientas para realizarla mediante pensamiento crítico (19).

**Tabla 3**

NIVELES DE ESCUCHA Y SÍNTESIS HERMENÉUTICA (DAR SIGNIFICADO PARA UN PRESENTE U OTRO MOMENTO HISTÓRICO)
<b>Mensaje emitido:</b> “El otro día vine y no estaba usted, y el suplente me trató fatal, pero hoy no vengo a protestar, aunque podría, sino que vengo porque las manos se me duermen por la noche y el dolor me despierta”.
<b>Escucha social:</b> significado del mensaje en términos semánticos y pragmáticos. Es decir, qué le ocurre a la persona. En el ejemplo: “se le duermen las manos e incluso llega a tener un dolor que le despierta por la noche”.
<b>Escucha semiológica:</b> significado del mensaje en términos semióticos. Es decir, por lo que dice y por cómo lo dice, cómo puedo conceptualizar el mensaje. En el ejemplo: “por la manera de decirlo parece enfadado, por lo que dice podrían tratarse de parestesias ambas manos”.
<b>Escucha intencional:</b> significado del mensaje en términos relacionales. Es decir, ¿qué pide esta persona que yo haga, (o hagan otras personas)? En el ejemplo: “creo que solicita diagnóstico de estas molestias, y quizás que me disculpe por el trato recibido”.
<b>Síntesis hermenéutica:</b> en función del contexto, momento, y manera de emitir el mensaje, ¿cuáles son los posibles significados (e intenciones) de éste? En el ejemplo: “este paciente ya ha venido otras veces protestando, por la manera de hablar podría tener un perfil de personalidad agresivo; por otro lado, hace un año por los mismos síntomas se le pidió un electromiograma (EMG) que no llegó a realizarse”. Esta síntesis abre la puerta a un plan de entrevista: delimitar síntomas y signos, clarificar expectativas, etc.

Escapa de la brevedad de este artículo profundizar en este tema, pero sí cabe remarcar que a mayor potencia diagnóstica también mayor potencial iatrogénico. Un mal uso por parte de médicos que solo comprenden a medias el rigor -y cariño- con que hay que tratar este tipo de diagnósticos, nos llevará a etiquetar y estigmatizar, pero no a diagnosticar. Mas Salguero (20) lo resume así, en lo referente a los trastornos del neurodesarrollo:

*“...la valoración del neurodesarrollo (...) se ve comprometida por la inevitable subjetividad del observador; (...) la “escasez de marcadores biológicos fiables es probablemente el factor de mayor confusión en el diagnóstico de los trastornos del neurodesarrollo porque favorece la negación de su existencia, la especulación sobre sus causas y, por desgracia, abordajes inapropiados y peligrosos. Contribuye, asimismo, a*

*este embrollo el hecho de que todos los trastornos del neurodesarrollo evolucionan de forma favorable, en mayor o menor medida, según el grado de capacidad adaptativa (plástica) que conserve el sistema nervioso”.*

A tenor de estas palabras cabe remarcar otra paradoja: hasta ahora se interpretaban los trastornos del neurodesarrollo como derivados del entorno psicosocial (por ejemplo, “niño gandul de familia desestructurada”). En la actualidad lo interpretamos al revés: una base biológica que transformamos con una intervención psicosocial (“trastorno del sueño que abordamos con medidas psicosociales”). Este enfoque libera a los padres de una carga de culpa totalmente gratuita e injusta (“no saben educar a este niño”). Es uno de los problemas del modelo de “vida natural”: cuando las cosas van mal siempre encuentra un culpable.

## **PROMOVER ENFERMEDADES (“DISEASE MONGERING”) Y ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD**

No repetiremos aquí las denuncias -justificadas- de diagnósticos que persiguen abrir campos a la especulación farmacológica... (21). Sin embargo, puede surgir la duda razonable de si algunas de estas entidades pueden mejorar la calidad de vida o, por el contrario, patologizan trastornos menores, aspectos del envejecimiento o problemas de la vida cotidiana. Se citan como ejemplos de “*mongering*” formas leves de depresión y ansiedad, trastorno de ansiedad social, trastorno explosivo intermitente, trastorno del déficit de atención, síndrome del intestino irritable, piernas inquietas, baja densidad mineral ósea, disfunción eréctil, eyaculación precoz y disfunción sexual femenina, entre otros. Para todos ellos se intenta ampliar los márgenes de diagnóstico para justificar un mayor porcentaje de tratamientos farmacológicos.

Esta medicalización no sería posible sin el concurso de profesionales de la salud que avalan informes y tratamientos, quizás con buena intención, pero siempre cobrando por los servicios. La medicina personalizada y los análisis genéticos pueden caer en “*mongering*” si prometen una prevención hoy por hoy en general inexistente,



(sería el caso de enfermedades neurodegenerativas), o tratamientos caros (eso sí, personalizados), que apenas superan en eficacia a los tratamientos recomendados por las guías. La línea que separa algunas de estas iniciativas del “*mongering*” es muy fina, y cabe apelar a una ética de la responsabilidad por parte de los profesionales que se involucran. En ocasiones no existe tanto la ambición de un rápido enriquecimiento, como el entusiasmo por un descubrimiento que se magnifica y del que aún ignoramos sus límites.

## CONCLUSIONES

Es un error pensar que un diagnóstico define a una persona. No diagnosticamos para eso, diagnosticamos para definir lo que de general y generalizable acontece en una persona. Por ello un diagnóstico siempre es una reducción y simplificación, eso sí, necesaria para activar planes terapéuticos o ayudas sociales. La simple descripción de los problemas de una persona no tendría el rigor suficiente para generar conocimiento útil para otras, ni proporciona suficientes garantías para que las instituciones destinen recursos en políticas psicosociales.

Ahora bien, circunscribirse a diagnósticos tampoco permite una atención personalizada. Aproximarnos a los valores y vivencias del paciente va más allá, está, ahora sí en el terreno narrativo. El buen clínico aguza su mirada semiológica para capturar problemas, trastornos, enfermedades, pero sitúa al paciente en un devenir vital, en una familia y entorno. Solo entonces puede dirimir cómo y cuándo devolver al paciente (y familia) lo que ha elaborado, siempre con la perspectiva de mejorar su calidad de vida, no de imponer una verdad, o asentar su autoridad. Practicar una ética de la responsabilidad es reflexionar las consecuencias que puede tener nuestra intervención en la vida del paciente, con prudencia, pero sin cobardía ni comodidad personal.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades dentro del Subprograma Estatal de Generación del Conocimiento a través del proyecto de investigación FFI2017-85711-P. Innovación epistémica: el caso de las ciencias biomédicas.

Este trabajo forma parte de la red de investigación consolidada "Grupo de Estudios Humanísticos de Ciencia I Tecnología" (GEHUCT), reconocida y financiada por la Generalitat de Catalunya, referencia 2017 SGR 568.

*This work has been funded by the Ministry of Science, Innovation and Universities within the State Subprogram of Knowledge Generation through the research project FFI2017-85711-P Epistemic innovation: the case of biomedical sciences.*

*This work is part of the consolidated research network "Grup d'Estudis Humanístics de Ciència I Tecnologia" (GEHUCT) ("Humanistic Studies of Science and Technology Research Group"), recognised and funded by the Generalitat de Catalunya, reference 2017 SGR 568.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Ed. Médica Panamericana Madrid 2018. ISBN: 9788491103721.
2. DSM-5. Material complementario. Entrevista de formulación cultural y módulo suplementario. Accesible en (verificado 20/01/2023): [https://www-medicapanamericana-com.sire.ub.edu/materialesComplementarios/DSM-5/cap/2/7/DSM5-MedidasEvaluacion-Entrevista-formulacion-cultural-\(EFC\).pdf](https://www-medicapanamericana-com.sire.ub.edu/materialesComplementarios/DSM-5/cap/2/7/DSM5-MedidasEvaluacion-Entrevista-formulacion-cultural-(EFC).pdf). Modulo suplementario: [https://www-medicapanamericana-com.sire.ub.edu/materialesComplementarios/DSM-5/cap/2/7/DSM5-MedidasEvaluacion-Entrevista-formulacion-cultural-\(EFC\).pdf](https://www-medicapanamericana-com.sire.ub.edu/materialesComplementarios/DSM-5/cap/2/7/DSM5-MedidasEvaluacion-Entrevista-formulacion-cultural-(EFC).pdf)

com.sire.ub.edu/materialesComplementarios/DSM-5/cap/2/7/DSM5-MedidasEvaluacion-Modulos-Suplementarios.pdf

3. World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision) (ICD-11). WHO, 2018 [en línea] [consultado el 21/01/2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
4. VV.AA. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Disponible en: <https://www-aeped-es.sire.ub.edu/protocolos>.
5. Carballal Mariño M., Gago Ageitos A., Ares Alvarez J., del Rio Garma M., García Cendón C., Goicoechea Castaño A., Pena Nieto J. Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in paediatric primary care. *Anales de Pediatría (English Edition)*, Volume 89, Issue 3, September 2018, Pages 153-161.
6. Borrell, F., “La hipótesis de una vida natural”, en: *Folia Humanística*, 2017; 5: 32-41. DOI: <http://dox.doi.org/10.30860/0023>. Accesible en (verificado 20/01/2023): <https://revista.proeditio.com/foalihumanistica/article/view/1186>.
7. Ortega, F. The Cerebral Subject and the Challenge of Neurodiversity. *BioSocieties* 4, 425–445 (2009). Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1745855209990287>.
8. Ismail FY, Fatemi A, Johnson MV. Cerebral plasticity: Windows of opportunity in the developing brain. *Eu J Paediatr Neurol*. 2017;21:23-48.
9. Robert D. Austin and Gary P. Pisano. Neurodiversity as a Competitive Advantage Why you should embrace it in your workforce by. *Harvard Business Review*. May–June 2017 issue (pp.96–103). Disponible en: <https://hbr.org/2017/05/neurodiversity-as-a-competitive-advantage?autocomplete=true>.
10. Bosch R, Pagerols M, Rivas C, Sixto L, Bricollé L, Español-Martín G, Prat R, Ramos-Quiroga JA, Casas M (2021). Neurodevelopmental disorders among Spanish school-age children: prevalence and sociodemographic correlates.

- Psychol Med. 2022 Oct;52(14):3062-3072. Pag. 1–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291720005115>.
11. Carballal Mariño M., Gago Ageitos A., Ares Alvarez J., del Rio Garma M., García Cendón C., Goicoechea Castaño A., et al. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en Atención Primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89:153-161.
  12. VV.AA. Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant el rebuig dels malalts al tractament Aprovat en la sessió plenària de 9 de març de 2010 del Comitè de Bioètica de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2010. Accesible en (verificado 20/01/2023): [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/recursos/documents\\_tematica/recomanacions\\_davant\\_rebuig.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/recomanacions_davant_rebuig.pdf).
  13. Austin, J.L. 1962. *How to do things with words*. London: Oxford University Press. Accesible en (verificado 20/01/2023): [https://www.academia.edu/36270217/Austin\\_1962\\_how\\_to\\_do\\_things\\_with\\_words](https://www.academia.edu/36270217/Austin_1962_how_to_do_things_with_words).
  14. Taylor H Vestergaard MD. Developmental Dyslexia: Disorder or Specialization in Exploration? *Front. Psychol*. 13:889245. June 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.889245>.
  15. Furczyk, K., Thome, J. Adult ADHD and suicide. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 6, 153–158 (2014). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0150-1>.
  16. Roy, M; Dillo, W; Emrich, H M; Ohlmeier, M D. Asperger's Syndrome in Adulthood. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(5): 59-64. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0059.
  17. Fritz K, Russell AMT, Allwang C, Kuiper S, Lampe L, Malhi GS. Is a delay in the diagnosis of bipolar disorder inevitable? *Bipolar Disord*. 2017 Aug;19(5):396-400. Disponible en: <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1111/bdi.12499>.
  18. Asma S, Gabriel R. *The Emotional Mind: The Affective Roots of Culture and Cognition*. Harvard University Press. Cambridge, (2019). ISBN 9780674980556.

19. Borrell i Carrió, F. (2019). Pensamiento crítico en los grados de ciencias de la salud. La importancia de educar la percepción como vía para que el estudiante adquiera criterio. *Folia Humanística*, (11), 44–64. Accesible en: (verificado 20/01/2023): <https://revista.proeditio.com/foliahumanistica/article/view/1120>.
20. Mas Salguero MJ. ¿Neurodiversidad o trastorno del neurodesarrollo? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2022;24:235-9.
21. Doran E., Henry D. Disease mongering: expanding the boundaries of treatable disease *Internal Medicine Journal* 38 (2008) 858–861.

**Francesc Borrell-Carrió (a), Salvador Casado Buendía (b), Eva Peguero Rodríguez (c), Vicente Morales Hidalgo (d).**

(a) Médico de Familia. Grupo Comunicación y Salud de España. semFYC. GEHUCT\*.

(b) Médico de Familia. EAP Miraflores de la Sierra, SERMAS, Madrid. Autor de “Diario de un médico descalzo”.

(c) Médico Familia. EAP El Castell, ICS. Profesora Departamento Ciencias Clínicas Facultad Medicina Universidad de Barcelona. Grupo Comunicación y Salud de España. semFYC. GEHUCT\*.

(d) Pediatra. Miembro del Grupo de Trastornos del Aprendizaje de la Societat Catalana de Pediatria.

\*Grupo de Estudios Humanísticos de Ciencia I Tecnología”, Universitat Autònoma de Barcelona.

**Cómo citar este artículo:**

Borrell F., Casado S., Peguero E., Morales V. ¿Diagnosticar es estigmatizar? *Folia Humanística*, 2023; 1 (3) 18-36 Doi: <http://doi.org/10.30860/0094>.

© 2023 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.