

# Acerca de estar sano en un medio enfermo\*

por David L. Rosenhan

En el caso de que existiera un estado normal y un estado de locura, ¿cómo habrían de distinguirse el uno del otro? La pregunta no es en sí misma ni superflua, ni loca. Por más que estamos personalmente persuadidos de que podemos separar lo normal de lo anormal, las pruebas simplemente no son concluyentes. Así es como a menudo se lee acerca de, por ejemplo, juicios por asesinatos en los cuales el famoso psiquiatra de la defensa contradice al no menos famoso psiquiatra de la acusación sobre la salud mental del acusado. Expresado de manera más general: Existe una cantidad de dictámenes sobre la confiabilidad, utilidad y significación de expresiones tales como "estar sano", "locura", "enfermedad mental" y "esquizofrenia" (véase para esto notas 3, 5, 9, 25, 26, 33, 39, 41). Benedict ya lo dijo allá por 1934: la normalidad y la anormalidad no son conceptos de validez general.<sup>8</sup> Aquello que en una cultura se considera normal puede ser visto como completamente anormal en otra. La diferenciación de normalidad y anormalidad que en la psiquiatría se apoya tradicionalmente en el criterio aparentemente objetivo de la "adaptación a la realidad" de un individuo, puede, por lo tanto, no ser tan exacto como se considera generalmente.

Con esto no deseamos poner en duda que ciertas formas de conducta se apartan de la norma o resultan extrañas. El asesinato se aparta de la norma y lo mismo es válido para las alucinaciones. El hecho de formular estas preguntas no niega, tampoco, la existencia de la tortura personal que suele estar unida a una "enfermedad mental". La angustia y la depresión existen. El sufrimiento psíquico existe. Pero la normalidad y anormalidad, el estar sano y el estar loco, así como los diagnósticos que se deriven de ello son posiblemente menos determinantes de lo que se cree generalmente.

En el fondo la cuestión de si es posible diferenciar al mentalmente sano del enfermo (y si es posible delimitar las diferentes etapas del estar insano) es sencilla: ¿Residen en el propio paciente las características sobresalientes que conducen al diagnóstico?, ¿en su medio circundante? ¿o bien en las circunstancias en que los ven los observadores? Desde Bleuler, pasando por Kretschmer y hasta los autores del *Diagnostic and Statistical Manual*, de la American

\* Publicado originariamente bajo el título *On being sane in insane places* en *Science* 179, 19/1/1973, páginas 250 a 258. Traducido del inglés al alemán por Irmtraut Frese y algo modificado y ampliado de común acuerdo entre el autor y el coordinador.

*Psychiatric Association*, recientemente revisado, cuando el firme convencimiento de que los pacientes presentan síntomas, que estos síntomas son susceptibles de ser divididos en categorías y que por lo tanto es posible distinguir a los enfermos mentales de los sanos. Sin embargo, últimamente este convencimiento ha sido cuestionado. Basándose parcialmente en reflexiones teóricas y antropológicas, pero también filosóficas, jurídicas y terapéuticas, creció la opinión de que el desciframiento de las enfermedades mentales según puntos de vista psicológicos es, en el mejor de los casos, inútil y en el peor de los casos francamente perjudicial, que induce a error y es contraproducente. Según este modo de ver, los diagnósticos psiquiátricos solamente existen en el cerebro del observador y no son un resumen válido de características que presenta el observado (véase para esto, notas 8, 10, 14, 19, 20, 22, 27, 32, 37, 38, 43, 44.)

Se puede apoyar la decisión de cuál de ambas representaciones es más "real", internando personas normales (es decir, personas que no presentan los síntomas de un trastorno psíquico severo y tampoco lo han sufrido nunca) en clínicas psiquiátricas y comprobar si llaman la atención como sanas mentalmente y en caso de que así sea, por qué. Si se descubriera siempre la salud mental de tales pseudopacientes, ello sería una demostración digna de crédito, de que una persona mentalmente sana llama la atención en un medio de enfermos mentales en el que se encuentra. La normalidad (y seguramente también la anormalidad) es suficientemente concluyente como para ser reconocida donde se presente, pues está fundada en la persona misma. En el caso de que la salud mental de los pseudopacientes no fuera descubierta, esto pondría en serios aprietos a los defensores del diagnóstico psiquiátrico tradicional. Suponiendo que el personal de la clínica fuera capacitado, que el pseudopaciente se comportara con la misma normalidad con que lo hace fuera de la clínica y que anteriormente tampoco hubiera surgido la sospecha de que debía recluirse en una clínica psiquiátrica, tal resultado inverosímil afianzaría la opinión de que un diagnóstico psiquiátrico revela poco sobre el paciente pero mucho sobre la realidad en que el observador lo encuentra.

Este trabajo describe un experimento de esa clase. Ocho personas mentalmente sanas consiguieron ser admitidas por medios subrepticios en doce diferentes clínicas.\* El procedimiento que condujo a sus respectivos diagnósticos se describe en la primera parte de este trabajo. El resto es una descripción de sus experiencias en las instituciones psiquiátricas. Muy pocos psiquiatras y psicólogos, hasta de entre aquellos que han trabajado en tales clínicas, saben lo que significa una experiencia como ésta. Hablan poco con ex pacientes sobre el particular, seguramente porque desconfían de la información de quienes fueron enfermos mentales. Aquellos que han trabajado en clínicas psiquiátricas tal vez se acostumbraron tan completamente a las condiciones que allí reinan, que son insensibles al shock que significaría esta experiencia. Si bien ha habido, de vez

\* Los resultados de un noveno pseudopaciente no fueron incluidos en este informe pues, si bien su normalidad no fue descubierta, falseó parte de sus antecedentes personales, incluso su estado civil y su relación con sus padres. Su conducta durante el ensayo se aparta así de la de los demás pseudopacientes.

en cuando, informes de científicos que se expusieron a la permanencia en un hospital psiquiátrico (véanse notas 4,7,13,21), sólo permanecieron internados durante períodos breves y muchas veces el personal de la institución sabía del experimento. Es difícil saber en qué medida fueron tratados como pacientes o como colegas científicos. A pesar de todo, sus informes sobre lo que pasa en un hospital psiquiátrico fueron útiles. Este trabajo amplía tales ensayos.

### Los pseudopacientes y su medio

El grupo de ocho pseudopacientes era muy heterogéneo. Uno de ellos era estudiante de psicología y tenía algo más de 20 años. Los otros siete eran mayores y más "asentados". Entre ellos había tres psicólogos, un pediatra, un psiquiatra, un pintor y un ama de casa. Tres de los pseudopacientes eran mujeres y los otros cinco eran hombres. Todos usaron pseudónimo, para que sus presuntos diagnósticos no pudieran acarrearles luego situaciones embarazosas. Aquellos que tenían profesiones en el área de la salud mental dijeron tener otras profesiones. Deseaban evitar que el personal les dedicara atención especial, por cortesía o prudencia, por tratarse de colegas enfermos.\*

Con excepción de mí mismo (fui el primer pseudopaciente y mi presencia era conocida por el administrado del hospital y por el psicólogo jefe; hasta donde puedo asegurarlo, sólo por ellos), la presencia de los pseudopacientes y el tipo de programa de investigación permaneció oculto al resto del personal de las clínicas.\*\*

Al estructurar el ensayo se introdujeron variaciones similares; con el fin de que los resultados tuvieran validez general, se buscó acceso a clínicas muy diferentes. Las doce instituciones del ensayo estaban situadas en cinco estados de la costa este y de la costa oeste de los Estados Unidos. Algunas eran viejas y deslucidas, otras completamente nuevas. Algunas estaban dedicadas a la investigación, otras no; algunas tenían una buena proporción entre personal y pacientes, mientras que en otras faltaba personal. Sólo una de las clínicas era completamente privada. Las demás obtenían subsidios del Estado, o federales o, en un caso, de una universidad.

\* Más allá de los trastornos personales que seguramente se presentan a un pseudopaciente en una clínica psiquiátrica, existen también problemas jurídicos y sociales que habría que considerar antes de pisar la clínica. Así por ejemplo, resulta difícil —cuando no imposible— ser dado de alta a corto plazo, no obstante una ley que dispone lo contrario. Al poner en práctica el proyecto no tuve en cuenta estas dificultades y tampoco las emergencias personales o provocadas por la situación que podían darse. Más tarde, se preparó para cada paciente participante un *hábeas corpus* y había un abogado para intervenir durante todo el tiempo de hospitalización. Agradezco a John Kaplan y a Robert Bartels por su consejo y apoyo jurídicos en estos asuntos.

\*\* Aunque el ocultamiento resulte indeseable, es un primer paso necesario para analizar esta cuestión. Sin el secreto de las identidades no existía ninguna posibilidad de comprobar cuán válidas fueron estas experiencias. Tampoco podría saberse si algún desenmascaramiento se debía a la sagacidad diagnóstica del personal o al chismorreo de la clínica. Dado que mi deseo es de interés general, que va más allá de los diferentes hospitales y de su personal, he respetado su anonimato y he eliminado todo indicio que pudiera conducir a su identificación.

Después que el paciente concertaba telefónicamente una fecha de internación con la clínica, llegaba a la oficina de admisión y se quejaba de haber oído voces. Preguntado sobre lo que decían las voces, contestaba que en ocasiones eran poco claras, pero que en la medida de lo que podía entenderles decían "vacío", "hueco", y "ruido sordo". Las voces eran desconocidas y pertenecían aparentemente una persona del mismo sexo que el pseudopaciente. Se eligieron estos síntomas debido a su evidente similitud con síntomas existenciales. Tales síntomas derivarían de la preocupación dolorosa por sentir la insignificancia de la vida. Es como si, al decir de la persona que padece de alucinaciones, "la vida está hueca y vacía". La selección de estos síntomas fue determinada asimismo por el hecho de que, en la literatura no existe ni una sola reseña sobre una psicosis existencial.

Fuera de la simulación de síntomas y de los cambios de nombre, profesión y lugar de trabajo, no se realizaron modificaciones de la persona, de su vida anterior o de las demás circunstancias de su vida. Los acontecimientos principales de la vida de los pseudopacientes fueron presentados tal como habían ocurrido realmente. La relación con los padres y hermanos, cónyuges e hijos, compañeros de trabajo y de escuela fueron descritas, con las excepciones antes mencionadas, tal como eran o habían sido. Se describieron los desengaños y los disgustos lo mismo que las alegrías y las satisfacciones. Es necesario tener presentes estos hechos. Si de alguna manera tuvieron alguna influencia, fue la de apoyar más adelante los resultados conducentes al descubrimiento de la normalidad, dado que ninguna de las anamnesis o formas de conducta de aquel momento eran en algún sentido seriamente patológicas.

Inmediatamente después de su internación en el servicio psiquiátrico de la institución, los pseudopacientes dejaron de aparentar síntomas de anormalidad. En algunos casos vivieron un breve período de ligera nerviosidad y desasosiego, dado que ninguno de ellos creía realmente que sería admitido con tanta facilidad. Efectivamente, todos temían ser desenmascarados inmediatamente y ser expuestos a una situación muy embarazosa. Además, muchos de entre ellos nunca habían visto un servicio psiquiátrico y aun aquellos que ya lo conocían sufrían angustias auténticas por lo que pudiera pasárselos. Su nerviosidad estaba, por lo tanto, plenamente justificada por lo diferente de la vida hospitalaria y desapareció con gran rapidez.

Con excepción de este breve período de nerviosidad, el pseudopaciente se comportaba en la institución de la misma manera en que lo hacía "normalmente". Hablaba con los demás pacientes y con el personal como en circunstancias ordinarias. Dado que en un servicio psiquiátrico hay desusadamente poco que hacer, intentaba entablar conversación con otros. Si el personal le preguntaba cómo se sentía, contestaba que se sentía bien, que ya no tenía síntomas. Acataba las indicaciones del personal de enfermería y obedecía al llamado a distribución de medicamentos (aunque no los tomaba) y las instrucciones para el comedor. Además de las actividades como las que podía desarrollar en el servicio de admisión, pasaba el tiempo escribiendo todas sus observaciones referentes al servicio, sus pacientes y el personal. Al principio lo hacía "a hurtadillas". Más tarde las redactaba en blocks comunes de papel y en recintos de ac-

ceso libre, como por ejemplo la sala diurna, ya que muy pronto se dio cuenta de que nadie se preocupaba demasiado por lo que hacía. Estas actividades no eran secreto para nadie.

Los pseudopacientes entraron en el hospital como pacientes psiquiátricos auténticos. A cada uno de ellos se les dijo que debían ser dados de alta por sus propios esfuerzos, fundamentalmente, convenciendo al personal de la institución de su salud mental. Las tensiones psíquicas relacionadas con la hospitalización eran considerables y todos los pseudopacientes menos uno deseó salir casi inmediatamente después de su internación. En consecuencia no solamente se los motivó para que se comportaran normalmente sino para que se convirtieran en modelos de cooperación. Las enfermeras confirmaron que su conducta no era de ningún modo desagradable; fue posible obtener estos informes acerca de la mayoría de los pacientes y en ellos se manifestaba unánimemente que los pacientes eran "amables" y "cooperativos" y que "no presentaban signos anormales".

#### **Las personas normales no se detectan como sanas**

A pesar del evidente "alarde" de salud mental, ninguno de los pseudopacientes fue desenmascarado como tal. Salvo uno de los casos en el que se diagnosticó esquizofrenia,\* todos los demás fueron dados de alta con un diagnóstico de esquizofrenia "en remisión". La calificación de "en remisión" no debe considerarse como simple formalidad, quitándole importancia, ya que en ningún momento de la hospitalización de ninguno de los pacientes se puso en duda su calidad de enfermos. Tampoco hay indicio alguno en la documentación de las clínicas de que el estado de los pseudopacientes fuera sospechoso. Más bien hay razones para creer que habiéndose clasificado una vez al pseudopaciente como esquizofrénico, quedó considerado como tal. En caso de que se le diera de alta, su afección naturalmente debía estar "en remisión". Pero no estaba mentalmente sano y según opinión de la institución, tampoco lo había estado nunca. Con esto se había construido una "realidad" humana evidente.

El hecho de que en ninguno de los casos se hubiera reconocido la normalidad mental no puede achacarse a la calidad de las clínicas. Si bien existían considerables diferencias, algunas de ellas tienen fama de ser excelentes. Tampoco puede aducirse que el tiempo no fue suficiente para observar a los pseudopacientes. Las internaciones tuvieron una duración de entre siete y 52 días, con un promedio de 19 días. De hecho, los pacientes simulados no fueron observados con especial prolijidad. Esta falla se debe con seguridad más bien a las costumbres de las clínicas psiquiátricas que a la falta de oportunidades.

\* Resulta interesante el hecho de que once de las doce admisiones respondieron a un diagnóstico de esquizofrenia y una, con síntomas idénticos, a un diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva. Este diagnóstico tiene un pronóstico más favorable y corresponde a la única clínica privada usada en nuestro ensayo. Para la relación entre estrato social y diagnóstico psiquiátrico, véase nota 23.

Finalmente, tampoco se puede decir que la lucidez mental de los pseudopacientes no fue reconocida porque éstos no se comportaban de manera anormal. Si bien todos estaban sometidos claramente a una cierta tensión, sus visitas diarias no pudieron descubrir consecuencias serias en su conducta y tampoco los demás pacientes las advirtieron. No era raro que los otros pacientes "descubrieran" la normalidad de los pseudopacientes. Durante las tres primeras internaciones, en las que se realizaba aún un estricto control, 35 de un total de 118 pacientes manifestaron en el servicio de admisión esta sospecha. Algunos de ellos en forma vehemente: "No están locos. Son periodistas o profesores (relacionándolo con las continuas anotaciones). Están inspeccionando el hospital." Mientras que la mayoría de los pacientes se tranquilizó por las insistentes aseveraciones de los pseudopacientes, en el sentido de que habían estado enfermos antes de llegar allí, pero que ahora ya estaban bien, algunos siguieron creyendo durante toda la permanencia en la institución, que los pseudopacientes estaban mentalmente sanos.\* El hecho de que los pacientes reconocieran frecuentemente su estado de normalidad pero no así el personal, da pie para importantes interrogantes. El hecho de que la normalidad de los pseudopacientes no fuera descubierta por los médicos durante su permanencia en el hospital puede deberse a que los médicos tienen una fuerte inclinación a lo que los técnicos en estadística llaman error tipo -2<sup>38</sup>. Esto significa que los médicos se inclinan más a considerar enferma a una persona sana (resultado positivo erróneo, tipo -2), que sana a una persona enferma (resultado negativo erróneo, tipo -1). Las causas de esto no son difíciles de encontrar: es mucho más peligroso no darse cuenta de la enfermedad que no darse cuenta de la salud. Es mejor errar del lado de la prudencia, suponiendo enfermedad aun en los sanos.

Pero lo que es válido para la medicina no sirve necesariamente tanto en psiquiatría. Las enfermedades tratadas por la medicina, si bien lamentables, no tienen necesariamente consecuencias fatales. Los diagnósticos psiquiátricos en cambio, conllevan estigmas personales, jurídicos y sociales (véase notas 15, 16, 17, 24, 28). De allí que resultaba importante comprobar si la tendencia a diagnosticar enfermedad mental en los sanos podía ser revisada. En un hospital escuela y de investigación, cuyo personal había tenido noticias de estos resultados pero que dudaba de que errores tales pudieran ocurrir en su clínica, se organizó el siguiente experimento: Se informó a los colaboradores que en algún momento en el curso de los siguientes tres meses, uno o varios pseudopacientes intentarían ser admitidos en el hospital psiquiátrico. Se solicitó a cada miembro del cuerpo médico que juzgara a todos los pacientes que se presentaran en la admisión o en el servicio de psiquiatría considerando la posibilidad de que fueran pseudopacientes. Se utilizó una escala de diez puntos. Los puntos uno y dos de la escala significaban que un enfermo era, muy probablemente, un pseudopaciente.

\* Naturalmente que es posible que los pacientes no se tomen tan en serio los diagnósticos y que en consecuencia tiendan a considerar normales a muchas personas, aun a aquellas cuya conducta es evidentemente improcedente. Si bien no tenemos pruebas contundentes de ello, tenemos la impresión clara de que no era éste el caso. En muchos casos los pacientes no sólo nos eligieron como blanco de su atención sino que empezaron a copiar nuestra conducta y nuestra forma de hablar.

Se recibieron 193 dictámenes sobre otros tantos pacientes que fueron admitidos para tratamiento psiquiátrico. Se solicitó el juicio de todo el personal que mantenía contacto prolongado o que tenía importante responsabilidad para con el paciente, es decir, asistentes, enfermeras, psiquiatras, médicos y psicólogos. 41 pacientes fueron considerados por lo menos por un miembro del personal, como muy probablemente simulados, 23 fueron considerados por lo menos por un psiquiatra como sospechosos y 19 lo fueron por un psiquiatra y por otro miembro del personal. En realidad no fue admitido ningún pseudopaciente durante ese período, por lo menos ninguno de mi grupo.

El experimento es ilustrativo. Demuestra que la tendencia a clasificar a personas sanas como dementes es reversible en la medida en que haya cosas importantes en juego (en este caso, prestigio y sagacidad diagnóstica). Pero, ¿qué se ha de decir sobre aquellas 19 personas de las que un psiquiatra y otro miembro del personal sospecharon que estaban "mentalmente sanas"? ¿Estaban estas personas en realidad "mentalmente sanas" o tendía el personal a cometer errores del tipo -1, es decir, a dar a los locos como "mentalmente sanos" para evitar la comisión de errores de tipo -2? No hay posibilidad de averiguarlo. Pero una cosa es segura: Cualquier procedimiento diagnóstico que es susceptible de cometer errores tan graves con tanta facilidad, no puede ser muy confiable.

### **Las clasificaciones psicodiagnósticas se pegan**

Más allá de la tendencia a declarar enfermos a los sanos (una tendencia que explica más fácilmente la conducta diagnóstica en la internación que después de una observación más prolongada), los dictámenes se basan en el papel preponderante de la clasificación en la formulación de los diagnósticos psiquiátricos. En cuanto el pseudopaciente ha sido clasificado una vez de esquizofrénico, nada puede hacer para librarse de ese estigma. Se distorsiona profundamente la opinión de otros acerca de él y de su propia conducta. En un sentido estricto se ha creado así una realidad.

Desde cierto punto de vista, estos diagnósticos apenas si sorprenden, pues desde hace mucho se sabe que las cosas adquieren su significado por el contexto en que se presentan. La psicología gestáltica postula esto vehementemente y Asch<sup>1</sup> demostró que existen características "centrales" de la personalidad (como por ejemplo, "caliente" en contraposición a "frío") tan poderosas que tiñen decisivamente la significación de otras informaciones, cuando se trata de hacerse una imagen de determinada personalidad (véanse notas 11, 12, 14, 46). "Enfermo mental", "esquizofrénico", "maníaco-depresivo" y "loco" son, seguramente, algunas de estas características centrales más fuertes. Tan pronto como una persona es catalogada como anormal, todas sus otras formas de conducta y rasgos caracteriológicos se verán teñidos por esta clasificación. De hecho, la clasificación es tan poderosa que muchas de las formas de conducta de los pseudopacientes fueron pasadas por alto o totalmente malinterpretadas, con el fin de que correspondieran a la realidad preparada. Algunos ejemplos arrojarán luz sobre lo anterior. Al comienzo de este trabajo hice notar que nada se cambió en

la anamnesis y en la posición de los pacientes simulados, salvo el nombre, el lugar de trabajo y, en caso necesario, la profesión. Por lo demás se ofreció una descripción fiel de la biografía y de las condiciones de vida. Las condiciones de vida no eran psicóticas. ¿Como se las hizo coincidir con el diagnóstico de una psicosis? ¿O se modificó el diagnóstico para que se adaptara a las condiciones de vida del pseudopaciente, tal como él las describía?

En lo que pude apreciar, el diagnóstico no fue influido en modo alguno por la vida relativamente normal de los pseudopacientes. Más bien ocurrió lo contrario: la imagen de las condiciones de vida fue conformada de acuerdo con el diagnóstico. Un ejemplo claro de una construcción de ese tipo se advierte en el caso de uno de los pseudopacientes, quien tuvo durante su infancia una relación cercana con su madre, mientras que sus relaciones con el padre eran bastante distantes. Durante su juventud y en años posteriores, su padre se convirtió en amigo entrañable y la relación con su madre, en cambio, se enfrió. Su relación actual con su esposa era, en general, cercana y cálida. Con excepción de ocasionales discusiones, los roces eran mínimos. Los niños sólo eran castigados esporádicamente. Obviamente no había nada particularmente patológico en antecedentes personales como éstos. De hecho a muchos lectores pudo haberles ocurrido algo parecido sin que ello haya tenido consecuencias funestas. Obsérvese empero, cómo fueron traducidos tales antecedentes en el contexto psicopatológico. Lo que se transcribe a continuación procede del resumen de la descripción del caso que fue redactada después de dar de alta al paciente.

“Este paciente de 39 años [...] tiene antecedentes de larga data de una fuerte ambivalencia en sus relaciones cercanas desde su niñez. La cálida relación con su madre se enfrió luego, durante su juventud. Una relación más bien distante con su padre se describe como crecientemente intensa. Falta estabilidad afectiva. Sus intentos por dominar su irritabilidad frente a la esposa y los hijos se ven interrumpidos por arrebatos de ira y en el caso de los niños, por castigos. Si bien manifiesta tener varios buenos amigos, se siente que también en este sentido subyacen considerables ambivalencias [...]”

Las características del caso fueron distorsionadas no intencionalmente por el personal, para llegar a una coincidencia con una difundida teoría sobre el desarrollo de una reacción esquizofrénica.\* En la relación con los padres, el cónyuge y los amigos, no se había relatado nada ambivalente. En cuanto a lo que atañe a las ambivalencias, seguramente que no eran más fuertes que en todas las relaciones humanas. Es cierto que la relación del pseudopaciente con sus padres cambió con el tiempo, pero en circunstancias normales esto apenas si sería digno de mención, hasta resultaría previsible. La significación que se adjudicó a sus manifestaciones (es decir, ambivalencia, inestabilidad afectiva) se acuñó definitivamente con el diagnóstico de esquizofrenia. Si se hubiera sabido que el hombre era “normal”, se les habría adjudicado un significado completamente diferente.

\* Como ejemplo de una profecía parecida que se autocumple, que gira en este caso, en torno de la característica “central” de la inteligencia, véase nota N° 34.

Todos los pseudopacientes tomaban en público sus extensas anotaciones. En circunstancias ordinarias, esta conducta hubiera provocado preguntas por parte de los observadores. Y esto es lo que ocurrió entre los pacientes. Como se tenía la absoluta seguridad de que las anotaciones despertarían sospechas, se habían tomado precauciones sofisticadas para sacarlas diariamente del servicio psiquiátrico. Las precauciones resultaron superfluas. Lo más cercano a una pregunta por parte del personal fue lo siguiente: un pseudopaciente preguntó a su médico qué medicamento se le administraba y tomó nota de la contestación. "No necesita anotarlo", se le explicó amablemente. "Si no puede recordarlo, simplemente, vuélvame a preguntar."

Si los pseudopacientes no eran interrogados acerca de sus constantes anotaciones, ¿cómo se interpretaba esa actitud? Los informes de las enfermeras sobre tres pacientes indican que se lo evaluaba como parte de la conducta patológica. "El paciente está ocupado con su costumbre habitual de escribir", dice uno de los informes diarios de la enfermera sobre uno de los pseudopacientes, quien nunca fue interrogado acerca de lo que escribía. Dado que el paciente se encuentra internado en el hospital, tiene que estar psíquicamente trastornado. Y como está trastornado, el escribir constantemente debe ser una manifestación de la patología, quizás una forma de conducta compulsiva que muchas veces está relacionada con la esquizofrenia.

Una característica tácita de los diagnósticos psiquiátricos es que buscan la fuente de la confusión mental dentro del individuo y sólo rara vez en la multiplicidad de los estímulos que lo rodean. De allí que las formas de conducta, provocadas por el entorno sean adjudicadas por lo general erróneamente a la enfermedad del paciente. Valga este ejemplo: una amable enfermera se cruza con uno de los pseudopacientes mientras éste recorre reiteradamente los largos pasillos del hospital: "Nervioso, señor X", le preguntó. "No, aburrido", dijo él.

Las anotaciones de los pseudopacientes están llenas de descripciones de conductas de los enfermos que eran malinterpretadas por el personal sin mala intención. A menudo, un paciente " pierde los estribos" por un miembro del personal, por ejemplo. En esos casos, una enfermera nueva ni siquiera suele preguntar, siquiera superficialmente, por la causa externa de la conducta del paciente. Supone más bien que el arrebato es propio de la enfermedad y no que fue provocado por la interacción con otro empleado. En ocasiones, el personal supone que la familia del paciente (en especial si ha recibido visitas recientemente) u otros pacientes son los causantes del estallido. Pero nunca ocurre que los empleados piensen que alguien de entre ellos o que la estructura del hospital tuvieran algo que ver con la conducta de uno de los pacientes. Uno de los psiquiatras señaló a un grupo de pacientes que media hora antes de la comida se sentaban delante de la cafetería. Explicó a un grupo de médicos jóvenes que tal conducta era característica de la fijación oral del síndrome. No se le ocurrió que en un hospital psiquiátrico hay poco que sea digno de ser esperado, excepto la comida.

Una clasificación psiquiátrica crea una realidad propia y con ello, sus propios efectos. Tan pronto como se ha producido la impresión de que el paciente es esquizofrénico, la expectativa es que siga siendo esquizofrénico. Cuando

ha transcurrido suficiente tiempo sin que haya hecho algo extravagante, se cree que está en remisión y que puede ser dado de alta. Pero la clasificación lo persigue más allá de los muros de la clínica, con la expectativa tácita de que volverá a conducirse como esquizofrénico. Tal clasificación en boca de profesionales de la psiquiatría influye tanto en el paciente como en sus familiares y amigos y no es extraño que el diagnóstico actúe sobre todos ellos como una profecía que se autocumple. Finalmente, el paciente mismo acepta el diagnóstico, con todas las implicancias y expectativas adicionales y se comporta correspondientemente.<sup>38</sup> Al hacerlo, también él se ha adaptado a esta construcción de una "realidad" interpersonal. Las conclusiones finales son muy simples. Del mismo modo en que Zigler y Phillips demostraron que los síntomas de pacientes aún a quienes se dio diagnósticos diferentes coincidían en gran medida,<sup>18,27</sup> también las conductas de los enfermos mentales y las personas normales se confunden notablemente. La persona sana no es "sana" constantemente. Somos presa de la ira "sin causa razonable". En ocasiones estamos deprimidos o angustiados, también sin causa real. Y quizás no nos llevamos bien con algunas personas, sin saber decir tampoco con exactitud la razón. De la misma manera, los enfermos mentales no están constantemente locos. Los pseudopacientes tuvieron efectivamente la impresión, al convivir con ellos, de que eran normales por largos períodos y que la conducta extravagante en que se basaba su diagnóstico sólo representa una pequeña parte de su conducta total. Así como no es razonable que a raíz de una depresión ocasional seamos clasificados como permanentemente depresivos, se necesitarán mejores pruebas que las utilizadas en la actualidad para clasificar a todos los pacientes como enfermos mentales o esquizofrénicos sobre la base de formas de conducta o percepciones extravagantes. Según ya lo dijera Mischel,<sup>30</sup> resulta más útil limitar nuestro debate a "formas de conducta", a los estímulos que las provocan y a los síntomas concomitantes.

No resulta claro por qué se crean evaluaciones extremas de la personalidad, tales como "loco" o "enfermo mental". Cuando los orígenes y los estímulos que desencadenan una conducta no son claros o son desconocidos, o cuando la conducta nos parece imposible de influir, es comprensible que sean adjudicadas a la persona en cuestión. Cuando, en cambio, los orígenes y los desencadenantes son conocidos y explicables, la discusión se limita a la conducta misma. Yo puedo, por ejemplo, tener alucinaciones porque estoy durmiendo o porque he tomado un medicamento determinado. En estos casos se las denomina "alucinaciones inducidas por el sueño" o "sueños", o bien alucinaciones inducidas por la medicación. Si en cambio los estímulos para mis alucinaciones son desconocidos, se habla de locura o de esquizofrenia, como si esta interpretación fuera tan clara como la otra.

### **La vivencia de la hospitalización psiquiátrica**

La expresión "enfermedad mental" es relativamente nueva. Fue acuñada por personas de sentimientos humanitarios que deseaban mejorar urgentemente la posición de los seres trastornados psíquicamente (y la compasión que les

hacía sentir la opinión pública) y no deseaban verlos ya considerados como brujas y “locos”, sino equiparados a los que padecen enfermedades físicas. Por lo menos en parte, tuvieron éxito, porque la terapia de los enfermos mentales *se ha mejorado considerablemente en el curso de los últimos años*. Pero si bien la terapia ha progresado, resulta dudoso que la gente considere en un pie de igualdad a los enfermos mentales y a los que padecen enfermedades físicas. La fractura de una pierna es recuperable, pero la enfermedad mental dura presumiblemente toda la vida. Una pierna fracturada no amenaza al observador... ¿y un esquizofrénico enloquecido? Existen muchas pruebas de que la actitud frente a los enfermos mentales está caracterizada por el temor, la hostilidad, la desconfianza y el horror.<sup>36,37</sup> Los enfermos mentales son los parias de la sociedad.

El hecho de que estos sentimientos se encuentren en la generalidad de la población quizás no sea sorprendente, aunque causa consternación. Pero el hecho de que también los profesionales, asistentes, enfermeras, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, quienes tienen trato con enfermos mentales y les administran las terapias, sean presa de los mismos sentimientos resulta sustancialmente más inquietante, en primer lugar, porque tales actitudes causan daño y en segundo, porque no son intencionales. La mayoría de los profesionales que actúan en psiquiatría podrían decir que sienten compasión por los enfermos mentales, que no los rechazan ni sienten hostilidad hacia ellos. Más probable es, en cambio, que su relación con los pacientes esté caracterizada por una sutil ambivalencia, de modo que esos sentimientos sólo representan una parte de toda su actitud. También existen actitudes negativas y son fáciles de descubrir. No deberían sorprendernos. Son el resultado natural del sello que llevan los pacientes y del entorno en que los encontramos.

Obsérvese la estructura del típico hospital psiquiátrico. El personal y los pacientes están estrictamente separados. El personal dispone de su propia área, incluido comedores, baños y salas de reunión. Las áreas de trabajo provistas de vidrios en las que permanece el personal (bautizadas por los pseudopacientes “jaula”), dominan las áreas de permanencia diurna de los pacientes. Los profesionales emergen de allí, en primer lugar, para cumplir tareas tales como reparo de medicamentos, dirigir una terapia individual o de grupo, ilustrar o censurar a un paciente. Por lo demás, el personal permanece junto, casi como si la enfermedad de sus protegidos fuera contagiosa.

La separación entre pacientes y personal suele ir tan lejos que en cuatro clínicas públicas, en las que se intentó medir en qué medida se mezclaban ambas partes, “el tiempo pasado fuera de la jaula de personal” debió servir como medida de trabajo. Si bien no todo el tiempo pasado fuera de la jaula estaba dedicado al trato con los pacientes (por ejemplo, los asistentes aparecían ocasionalmente en la sala diurna para echar una mirada), éste fue el único camino para obtener datos confiables para la medición del tiempo.

Los asistentes pasaban un promedio de 11,3% de su tiempo (fluctuante entre 3% y 52%) fuera de la jaula. Esta cifra comprende no sólo el tiempo dedicado al trato con los pacientes, sino también aquél dedicado a trabajos de rutinería, supervisión de pacientes mientras se afeitan, la dirección de la limpieza de las instalaciones y el envío de pacientes hacia sus actividades fuera del ser-

vicio. Era bastante raro encontrar un asistente que pasara su tiempo conversando con los pacientes o jugando con ellos. No se pudo determinarse porcentualmente cuánto tiempo pasan las enfermeras con sus pacientes, dado que sus permanencias fuera de la jaula eran muy breves. En lugar de eso, contamos cuántas veces aparecían fuera de su reducto. Las enfermeras diurnas salían un promedio de 11,5 veces por turno, incluida la vez que abandonaban el servicio definitivamente (entre 4 y 39 veces). Las enfermeras del último turno diurno y del nocturno se presentaban aún menos veces. Aparecían un promedio de 9,4 veces por turno (entre cuatro y 41 veces). Faltan los datos referentes a las enfermeras del último turno de la noche, quienes toman servicio ordinariamente después de medianoche y se quedan hasta las ocho de la mañana, dado que los pacientes dormían durante la mayor parte de ese tiempo.

Los médicos, especialmente los psiquiatras, estaban aun menos tiempo cerca de los pacientes. Sólo se los veía rara vez en los servicios. Normalmente sólo se los veía cuando llegaban o se retiraban. El resto del tiempo lo pasaban en sus despachos o en la jaula. Los médicos se presentaban un promedio de 6,7 veces por día en el servicio (entre una y 17 veces). Resultó difícil obtener datos exactos en este caso, ya que el horario de los médicos les permite a menudo presentarse o retirarse a diferentes horas.

Ya hemos hablado anteriormente<sup>42</sup> de la organización jerárquica de las clínicas psiquiátricas. Sin embargo vale la pena volver a mencionarla, dada la significación oculta de este tipo de organización. Quien posee el mayor poder es quien menos tiene que ver con los pacientes, y quien menos poder tiene es quien más se ocupa de ellos. Habría que recordar que una conducta adecuada a los roles se adquiere sustancialmente por observación de los demás, teniendo los más poderosos la influencia mayor. En consecuencia es comprensible que los asistentes no solamente pasen más tiempo con los pacientes que todos los otros miembros del personal (lo demanda su posición en la jerarquía), sino que también pasen la menor cantidad posible de su tiempo con los pacientes, ya que aprenden esto de la conducta de sus superiores. Los asistentes están generalmente en la jaula, pues allí están sus modelos, y allí es donde está el poder.

Me referiré ahora a otra parte de los estudios realizados, que se ocupa de la reacción del personal al contacto verbal iniciado por el paciente. Se sabe desde hace mucho que el tiempo que alguien pasa con otro puede servir como indicio de cuán importante es esa persona para él. Si busca contacto visual y lo mantiene, puede creerse que atiende las preguntas y las necesidades del otro. Si se detiene para charlar o hasta se pone de pie para hablar con él, se puede concluir que lo toma en serio como persona. En cuatro clínicas los pseudopacientes se dirigían en la siguiente forma a un miembro del personal: "Disculpe por favor, señor (o doctor o señora) X, ¿podría decirme cuándo me corresponde visitar el jardín?" (o "... ¿cuándo seré presentado en la reunión de médicos?" o "... ¿cuándo cree usted seré dado de alta?") Mientras que el contenido de la pregunta variaba según el objetivo y las necesidades que (evidentemente) tenía el pseudopaciente, la forma que representaba en cada caso un pedido cortés e importante de información. Se cuidaba de que un determinado miembro del personal fuera abordado una sola vez por día, para que nadie entrara en sospechas

o se irritara. En el análisis de los resultados se debe tener en cuenta que la conducta de los pseudopacientes no era ni inusitada ni desagradable. Se podía mantener con ellos siempre una conversación razonable.

Los resultados de estos ensayos se han volcado en el cuadro 1, habiéndose indicado por separado los datos correspondientes a los médicos (en la columna 1) y los de las enfermeras y asistentes (en la columna 2). Las diferencias menores entre las cuatro clínicas se perdieron completamente, en vista de la medida en que el personal evitó consentir el contacto verbal iniciado por los pacientes. La reacción más frecuente fue, por lejos, o bien una breve respuesta a la pregunta, arrojada "al pasar" con la cabeza desviada hacia otro lado, o ninguna respuesta.

El encuentro se desarrollaba frecuentemente de la siguiente extraña manera: *Pseudoaciente*: "Disculpe por favor, doctor X, ¿podría decirme cuándo podré visitar el jardín?" *Médico*: "Buenos días, Dave. ¿Cómo se encuentra hoy?" (Sigue su camino sin esperar respuesta.)

Resulta interesante comparar estos resultados con los que se obtuvieron hace poco en la Universidad de Stanford. Las universidades grandes y sobresalientes tienen fama de que su cuerpo docente está tan ocupado que no tiene tiempo para los estudiantes. Para nuestra comparación, una joven se acercó a un miembro del cuerpo docente que iba solo y muy resuelto, al parecer a su clase y le formuló las siguientes seis preguntas:

- 1) "Disculpe por favor, ¿podría indicarme cómo se va al decanato?" (en la facultad de Medicina: "... al centro de investigaciones clínicas?")
- 2) "¿Podría indicarme dónde está la Fundación Houston?" (No existe tal fundación en la Universidad de Stanford.)
- 3) "¿Enseña usted aquí?"
- 4) "¿Cuál es el trámite de inscripción?"
- 5) "¿Es difícil ingresar?"
- 6) "¿Hay apoyo económico?"

Como se advierte en el cuadro 1 (columna 3), todas las preguntas fueron contestadas. Sin importar el apuro que tenían los interrogados, no solamente todos mantuvieron el contacto visual, sino que se detuvieron para hablar. Muchos de los interrogados hasta hicieron un rodeo para indicar el camino o para acompañar a la interrogadora hasta la oficina buscada, para averiguar dónde se encontraba la "Fundación Houston" o para conocer las posibilidades de ingreso a la universidad.

Resultados similares se obtuvieron en el hospital, según se consigna igualmente en el cuadro 1 (columnas 4, 5 y 6). También en este caso la joven tenía preparadas seis preguntas. Después de la primera pregunta comentó, empero, a 18 de sus ocasionales interlocutores (columna 4), "estoy buscando un psiquiatra" y a otros 15 de ellos (columna 5), "estoy buscando a un especialista en enfermedades internas". Al dirigirse a otras diez personas no agregó explicación alguna (véase columna 6). El porcentaje general de contestaciones de cooperación fue sustancialmente superior en el grupo universitario que para los pseudopacientes internados en las clínicas psiquiátricas. Sin embargo, dentro de la facultad de Medicina se notaron diferencias. En cuanto la joven insinua-

*Cuadro 1.* Contactos iniciados por los pseudopacientes con psiquiatras, enfermeras y asistentes en comparación con los iniciados con otros grupos.

Iniciación de contacto verbal	Clínicas psiquiátricas		Área universitaria (menos Medicina)		Centro de investigaciones clínicas de la Universidad Médicos	
	(1) Psiquiatras	(2) Enfermeras y asistentes	(3) Cuerpo docente	(4) "Busco un psiquiatra"	(5) "Busco un especialista en enfermedades internas"	(6) Sin comentarios
<b>Reacciones</b>						
Sigue caminando con la cabeza desviada (%)	71	88	0	0	0	0
Acepta contacto visual (%)	23	10	0	11	0	0
Se detiene brevemente y charla (%)	2	2	0	11	0	10
Se para y charla (%)	4	0,5	100	78	100	90
Promedio de las preguntas contestadas (de entre 6 preguntas)	*	*	6	3,8	4,8	4,5
Nº de personas que contestaron	13	47	14	18	15	10
Nº de ensayos	185	1283	14	18	15	10

\* Estas seis preguntas no se formularon en las clínicas psiquiátricas

ba que andaba en busca de un psiquiatra, obtuvo menos apoyo que cuando decía que buscaba a un médico especialista en enfermedades internas.

### **Impotencia y despersonalización**

El contacto visual y la comunicación verbal reflejan el interés y el desarrollo de la personalidad; la falta de ambos significa evitación y despersonalización. Los resultados que he presentado hasta ahora no corresponden a los numerosos incidentes que se acumularon diariamente en lo atinente a destrucción de la personalidad y evitación. Poseo testimonios escritos de pacientes que fueron castigados por el personal por haberse atrevido a iniciar un contacto verbal. Durante mi experiencia, por ejemplo, un paciente fue abofeteado en presencia de otros enfermos por haberse acercado a un asistente y decirle "usted me gusta".

En ocasiones el castigo aplicado a los pacientes por una infracción parecía tan desmesurado, que hasta las interpretaciones más radicalizadas de los cánones psiquiátricos no lo hubieran justificado. Sin embargo, parecía ocurrir sin suscitar objeciones. Los arrebatos de ira eran cosa de todos los días. Un paciente que no había oído el llamado para retirar medicamentos era puesto de vuelta y media. El asistente de la mañana gustaba despertar a los pacientes con las palabras "¡Vamos, vamos, h-d-p-, fuera de las camas!"

Ni los relatos ni los hechos "desnudos" pueden transmitir el avasallante sentimiento de impotencia que embarga a una persona constantemente expuesta a la destrucción de su personalidad en un hospital psiquiátrico. Apenas si importa de qué hospital psiquiátrico se trata. Las instituciones públicas de renombre y las elegantes clínicas privadas eran, en este sentido, mejores que las más antiguas y modestas situadas en el campo. No obstante es necesario decir, que las características que eran comunes a todas las clínicas psiquiátricas invalidan de lejos las aparentes diferencias.

La impotencia aparece en todas partes. Como consecuencia de su internación psiquiátrica, el paciente es desprovisto de muchos de sus derechos legales<sup>45</sup> y en base a su clasificación psiquiátrica pierde credibilidad. Su libertad de movimiento se limita. No puede establecer relación con el personal, sólo puede responder si éste se acerca. Prácticamente no existen esferas privadas. Las habitaciones y los objetos de propiedad de los pacientes pueden ser visitadas o revisados por cualquier miembro del personal y por cualquier motivo. Los detalles de su vida anterior y sus angustias son accesibles a toda persona que quiera leer su historia clínica, sin tomar en cuenta si el lector tiene que ver terapéuticamente con el paciente, a veces incluso lo hace cualquier ayudante voluntario. Su higiene personal y hasta su función intestinal es vigilada en ocasiones, por lo que los baños no suelen tener puertas.

Por momentos la despersonalización adquiría ribetes tales que los pseudopacientes tenían la sensación de ser invisibles o por lo menos indignos de ser tomados en cuenta. Después de la admisión fui sometido, al igual que los otros pseudopacientes, a una primera revisación física en un recinto semipúblico.

Otros miembros del personal se dedicaban a sus asuntos como si no existiéramos.

En el servicio, los asistentes sometían a los pacientes a insultos y en ocasiones a severos malos tratos corporales, a la vista de otros pacientes. Algunos de los que observaban (los pseudopacientes) anotaban todo. Los malos tratos, sin embargo, cesaban inmediatamente cuando llegaba otro miembro del personal. Los empleados de las clínicas son testigos de cuidado, los pacientes no.

En presencia de toda la dotación de un servicio psiquiátrico de hombres, una enfermera se desabrochó el uniforme para reacomodar su cuerpo. No se tenía la sensación de que deseara ser seductora. Era más bien como si no advirtiera nuestra presencia. También sucedió que un grupo de empleados de la clínica iniciaran una agitada discusión sobre un paciente, en presencia de éste, como si el objeto de su discusión no estuviera allí.

El capítulo de los medicamentos que se administra a los pacientes es un ejemplo clarísimo de despersonalización y de no querer ver. Los pseudopacientes recibieron un total de casi 2100 tabletas, incluso Elavil, Stelazin, Compazin y Thomasin, para nombrar sólo algunas. El hecho de que se administre tal variedad de medicamentos a pacientes que presentan los mismos síntomas, ya de por sí es digno de mención. Solamente fueron tragados dos comprimidos, los demás los ocultábamos en los bolsillos o los arrojábamos al inodoro. Esto no sólo lo hacían los pseudopacientes. No poseo datos exactos de cuántos pacientes rechazaban su medicación. Los pseudopacientes encontraban frecuentemente medicamentos de otros pacientes en el inodoro cuando arrojaban los suyos. Mientras los pacientes se mostraban cooperadores, su conducta, como la de los pseudopacientes, tanto en esta cuestión como en otras fundamentales, pasaba sin ser objetada.

Los pseudopacientes reaccionaban intensamente a esta pérdida de personalidad. Si bien habían llegado a la clínica como observadores partícipes y estaban completamente conscientes de que "no formaban parte", se sintieron presos igualmente en el proceso de despersonalización y luchaban contra él. Algunos ejemplos: Un estudiante de psicología pidió a su esposa que le llevara sus libros de estudio a la clínica, para poder "ponerse al día en sus estudios" y esto a pesar de las sofisticadas medidas de seguridad con las que deseaba ocultar sus conexiones profesionales. El mismo estudiante, que había estado ensayando durante un tiempo relativamente largo para ser admitido en la clínica y que había puesto grandes expectativas en esta experiencia, "recordó" que durante el fin de semana se realizarían unas carreras más o menos aburridas que había deseado presenciar y se empeñó en ser dado de alta antes de esa fecha. Otro pseudopaciente intentó iniciar un romance con una enfermera. Enseguida explicó al personal de la clínica que estaba haciendo los trámites para ingresar en la facultad de Psicología y que confiaba ser admitido pues uno de los profesores lo visitaba diariamente. La misma persona inició una psicoterapia con otros pacientes, todo con el único fin de ser persona en una realidad impersonal.

## La fuente de la despersonalización

¿Cuáles son las causas de la despersonalización? Ya he mencionado dos. En primer lugar es la actitud que tenemos todos, incluidos los terapeutas y asistentes, frente a los enfermos mentales, una actitud que está caracterizada por una parte por el temor, la desconfianza y las expectativas horribles y por otra por propósitos bienintencionados. Nuestra ambivalencia lleva, en este caso como en otros, a la proscripción.

En segundo lugar y no completamente independiente de lo anterior, la estructura jerárquica del hospital psiquiátrico contribuye a la despersonalización. Los que están en lo alto de la jerarquía son los que menos tienen que ver con los pacientes y su conducta influye la de los demás colaboradores. El contacto promedio entre paciente y psiquiatras, psicólogos, residentes y médicos en general, es de 3,9 a 25,1 minutos por día. El promedio diario es por lo tanto de 6,8 minutos (comprobado en seis pseudopacientes durante 129 días de internación). Dentro de este tiempo promedio está comprendido el tiempo de la entrevista de admisión, las rondas en presencia de un miembro experimentado del personal médico, las sesiones de terapia individuales o de grupo, las reuniones en las que se presentan los casos, así como la conversación en el momento del alta. Es obvio que los pacientes no pasan mucho tiempo en contacto personal con los médicos; y los médicos sirven de modelo para las enfermeras y asistentes. Seguramente existen aun otras causas. Las instituciones psiquiátricas se encuentran actualmente en un grave aprieto financiero. En todas partes falta personal y el tiempo del personal es muy caro. Algo tiene que resentirse y ese algo es el contacto con los pacientes. No obstante ello, si bien los aprietos económicos existen, es posible que se los sobreestime. Tengo la impresión de que el personal que trabaja en psiquiatría, que provoca la despersonalización de los pacientes, es más fuerte que las presiones fiscales y creo que un aumento del plantel de personal no mejoraría, en este sentido, la atención de los pacientes en la misma proporción. El número de las conversaciones entre el personal y la enorme cantidad de documentación que se lleva con respecto a cada paciente por ejemplo, no se limitaría tan drásticamente como el contacto directo con los pacientes. Existen prioridades, aun cuando los tiempos sean difíciles y el contacto con los pacientes no posea una prioridad especial en el hospital psiquiátrico tradicional: de ello no tienen la culpa los problemas económicos. Resulta más probable que el motivo sea la despersonalización y la proscripción. También el hecho de que se use gran cantidad de psicotrópicos conduce tácitamente a la despersonalización. De esta manera, el personal se convence de que se está realizando un tratamiento y de que no es necesaria una mayor comunicación con el paciente. Pero hasta en este punto debe interpretarse con prudencia el papel de los fármacos psicotrópicos. Si los pacientes en lugar de ser seres inermes fueran poderosos, si fueran vistos más como individuos interesantes que como casos clínicos, si poseyeran una posición en la sociedad en lugar de ser considerados parias por sus pares, si sus angustias captaran total y globalmente nuestra simpatía y nuestros intereses, ¿no *buscaríamos* tener contacto con ellos, aun teniendo medicamentos a disposición porque lo haríamos con gusto?

## Las consecuencias de la estigmatización y la despersonalización

Toda vez que la relación entre lo que sabemos y lo que debemos saber se acerca a cero, nos inclinamos a inventar "conocimiento" y a asumir que sabemos más de lo que en realidad sabemos. Parecería que no podemos aceptar que simplemente no sabemos algo. La necesidad de establecer diagnósticos y curar problemas emocionales y de conducta es enorme. Pero en lugar de admitir que sólo estamos empezando a comprenderlos, seguimos estigmatizando a los pacientes con el sello de "esquizofrénico", "maníaco-depresivo" y "demente", como si hubiéramos encerrado en estas palabras la esencia de la razón. En realidad sabemos desde hace mucho tiempo que a menudo los diagnósticos no son ni adecuados ni confiables. A pesar de todo, seguimos sirviéndonos de ellos. Sabemos ahora que no podemos distinguir la enfermedad mental de la salud. Es deprimente pensar de qué manera se usará esta información.

No solamente es deprimente sino alarmante. Uno se pregunta, ¿cuántas personas de las que se encuentran internadas en nuestros institutos psiquiátricos están mentalmente sanas y no se las ha reconocido como tales? ¿A cuántas de ellas se las privó de sus derechos civiles, de su derecho al voto, de su derecho a conducir vehículos y del derecho a manejar por sí mismas sus asuntos patrimoniales? ¿Cuántas de ellas simularon ser enfermos mentales para evitar las sanciones penales correspondiente a su conducta?, y a la inversa, ¿cuántas de ellas fueron catalogadas erróneamente como enfermos mentales y preferirían enfrentar un tribunal en lugar de vivir para siempre en una clínica psiquiátrica? ¿Cuántas fueron estigmatizadas por diagnósticos bienintencionadas, pero equivocados? En lo que respecta a este último punto, habría que recordar nuevamente que un "error de tipo -2" en un diagnóstico psiquiátrico, no tiene las mismas consecuencias que en un diagnóstico clínico. El diagnóstico de un carcinoma es, en caso de ser erróneo, motivo de alegría. Pero los diagnósticos psiquiátricos rara vez se revisan por ser erróneos. El estigma persiste como signo de la deficiencia perdurable.

Y finalmente, ¿cuántos pacientes podrían ser "normales" fuera de la institución psiquiátrica, pero parecen dementes dentro de ella, no porque en ellos anide la locura, como queríamos que fuera, sino porque reaccionan a un entorno grotesco, un medio que posiblemente sólo exista en instituciones destinadas a personas privadas de todo privilegio? Goffman<sup>19</sup> denomina "envilecimiento" al proceso de adaptación en tales instituciones, una expresión apropiada que incluye el proceso de despersonalización que he descrito aquí. Si bien no se puede asegurar que las reacciones de los pacientes simulados a estos hechos sean típicas para todos los internados (hay que considerar que todos ellos no eran pacientes auténticos), es difícil de creer que estos procesos de adaptación a una institución psiquiátrica suministren formas de conducta y de reacción útiles para la vida "fuera".

## Resumen y conclusiones

Es evidente que en las clínicas psiquiátricas no es posible distinguir las personas sanas de los enfermos mentales. La *propia* institución crea una realidad especial, en la cual el significado de las formas de conducta muchas veces es malinterpretado. La consecuencia para los pacientes que permanecen en tal medio, es decir, el de la impotencia, la despersonalización, el aislamiento, la humillación y la desvalorización, indudablemente no pueden favorecer la terapia.

Sigo aún ahora sin entender lo suficiente del asunto como para proponer soluciones. Pero hay dos cosas que son alentadoras. La primera es el hecho de que se están creando cada vez mayor número de instituciones psiquiátricas comunales, centros de intervención durante una crisis, escuelas de autorrealización y centros de terapia para problemas de conducta. Si bien estas últimas tienen bastante que luchar con sus propios problemas, evidentemente tienden a evitar clasificaciones psiquiátricas, a concentrarse en problemas y formas de conducta específicos y dejan al individuo en un medio relativamente inofensivo. Con toda seguridad nuestra actitud frente a estos desdichados se distorsionará tanto menos cuanto más dejemos de mandarlos al manicomio. (El riesgo de una actitud distorsionada me parece siempre presente, dado que somos sustancialmente más sensibles a la conducta y a las formas de expresión de una persona que a los sutiles estímulos que se relacionan con ellas y que a menudo las favorecen. Aquí se trata de un problema de magnitudes. Y la magnitud de la distorsión es, como he demostrado, muy grande en situaciones extremas, como lo es la permanencia en un hospital psiquiátrico.)

El segundo hecho que podría ser prometedor se refiere a la necesidad de afinar la sensibilidad de aquellos que trabajan o investigan en el área de la psiquiatría frente a la *Catch-22-Position\**. A algunos que investigan o actúan prácticamente podría bastar la lectura de material sobre este asunto. Para otros sería de inestimable valor vivir personalmente el shock de una permanencia en una clínica de enfermos mentales. De cualquier manera, seguir investigando la psicología social de tales instituciones totalitarias servirá tanto para facilitar el tratamiento como para profundizar el conocimiento.

Del mismo modo que los demás pseudopacientes, también yo reaccioné en forma decididamente negativa al medio psiquiátrico. No nos atrevemos a describir las vivencias subjetivas de los pacientes auténticos. Pueden haber sido diferentes de las nuestras, sobre todo por la duración de la permanencia y el necesario proceso de adaptación al medio. Pero podemos y queremos hablar sobre las características relativamente objetivas de la terapia en la clínica. Sería un error, y podría decirse que un error muy lamentable, suponer que lo que nos ocurrió sucedió por maldad o estupidez del personal. Muy por el contrario, estamos convencidos de que se trataba de personas que se interesaban realmente, que estaban comprometidas y que eran extraordinariamente inteligentes. La

\* Nota del coordinador: Se trata de una alusión a la novela de Joseph Heller *Catch-22* (en alemán *Der IRS-Haken*, S. Fischer, Francfort, 1964) y a la situación insostenible allí descrita, en la que a alguien sólo le quedan dos posibilidades, las que a su vez se hacen mutuamente imposibles.

causa de que fracasaran , y en ocasiones lo hicieron de manera penosa, debe adjudicarse más bien a la realidad en la que también ellos se encontraban y no a una falta de sensibilidad personal. Sus representaciones y formas de conducta son determinadas más por la situación que por un carácter malvado. En un medio bienintencionado, en un medio que estuviera menos adherido a un diagnóstico global, sus formas de conducta así como sus evaluaciones hubieran podido resultar probablemente más benignas y efectivas.

### Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> Asch, Solomon E.: *Social Psychology*, Prentice Hall, Nueva York, 1952.
- <sup>2</sup> Asch, Solomon E.: "Forming impressions of personality", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41, 1946, 258.
- <sup>3</sup> Ash, P.: "The reliability of psychiatric diagnoses", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41, 1949, 272.
- <sup>4</sup> Barry, A.: *Bellvue is a State of Mind*, Harcourt, Brace, Jovanovici, Nueva York, 1971.
- <sup>5</sup> Beck, A. T.: "Reliability of psychiatric diagnoses: I. A critique of systematic studies", *American Journal of Psychiatry*, 119, 1962, 210-216.
- <sup>6</sup> Becker, H.: *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, Free Press, Nueva York, 1963.
- <sup>7</sup> Belkaap, E.: *Human Problems of a State Mental Hospital*, McGraw-Hill, Nueva York, 1956.
- <sup>8</sup> Benedict, R.: "Anthropology and the abnormal", *Journal of General Psychology*, 10, 1934, 59-82.
- <sup>9</sup> Boisen, A. T.: "Types of dementia praecox - a study in psychiatric classification", *Psychiatry* 2, 1938, 233-256.
- <sup>10</sup> Braginski, B. M., Braginsky, D. D. y Ring, K.: *Methods of Madness: The Mental Hospital as a Last Resort*, Holt, Rinehart & Winston, Nueva York, 1969.
- <sup>11</sup> Bruner, J. S., Shapiro, D. y Tagiuri, R.: *Person Perception und Interpersonal Behavior*, Tagiuri, R. y L. Petrullo, Stanford University Press, Stanford, 1958, 277-288.
- <sup>12</sup> Bruner, J. S. y Tagiuri, R.: en *Handbook of Social Psychology*, G. Lindzey Addison-Wesley, Cambridge (Mass.), 1954, T. II, págs. 634-654.
- <sup>13</sup> Caudill, W. y otros: "Social structure and interaction processes on a psychiatric ward". *American Journal of Orthopsychiatry*, 22, 1952, 314.
- <sup>14</sup> Crocetti, G. M. y Lemkau, P. V.: "On rejection of a mentally ill", *American Sociological Review*, 30, 1965, pág. 577.
- <sup>15</sup> Cumming, John y Elaine: "On the stigma of mental illness", *Community Mental Health Journal*, 1, 1965, págs. 135-143.
- <sup>16</sup> Farina, A. y Ring, K.: "The influence of perceived mental illness on interpersonal relations", *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 1965, pág. 47.
- <sup>17</sup> Freeman, H. G. y Simmons, O. G.: *The Mental Patient Comes Home*, Wiley, Nueva York, 1963.
- <sup>18</sup> Freudenberg, R. K. y Robertson J. P.: "Symptoms in relation to psychiatric diagnosis and treatment", *Archives of Neurology and Psychiatry*, 76, 1956, págs. 14-22.
- <sup>19</sup> Goffman, Erving: *Asylums*, Doubleday, Garden City, Nueva York, 1961.
- <sup>20</sup> Goffman, Erving: *Wir allen spielen Theater*, Piper, Munich, 1969.

- <sup>21</sup> Goffman, A. R. y otros: "On posing as mental patients: Reminiscences and recommendations", *Profesional Psychology*, 1, 1970, pág. 427.
- <sup>22</sup> Gove, W. R.: "Societal reaction as an explanation of mental illness: Anevaluation", *American Sociological Review*, 35, 1970, pág. 873.
- <sup>23</sup> Hollingshead, A. y Redlich, F. C.: *Social Class and Mental Illness: A Community Study*, Wiley, Nueva York, 1958.
- <sup>24</sup> Johannsen, W. J.: "Attitudes toward mental patients; a review of empirical research", *Mental Hygiene*, 53, 1969, pág. 218.
- <sup>25</sup> Kreitman, N.: "The reliability of psychiatric assessment: an analysis", *Journal of Mental Science*, 107, 1961, págs. 887-908.
- <sup>26</sup> Kreitman, N. y otros: "Reliability of psychiatric diagnosis", *Journal of Mental Science*, 107, 1961, págs. 876-886.
- <sup>27</sup> Laing, Ronald D.: *The Divided Self*, Quadrangle, Chicago, 1960. [Hay versión castellana: *El yo dividido*, Fondo de Cultura Económica, México, 1978, 5<sup>a</sup> ed.]
- <sup>28</sup> Linsky, Arnold S.: "Who shall be excluded? The influence of personal atributes in community reaction to the mentally ill", *Social Psychiatry*, 5, 1970, págs. 166-171.
- <sup>29</sup> Mensh, J. N. y Wissner, J.: "Asch on 'Forming impressions on personality': Further evidence", *Journal of Personality*, 16, 1947, pág. 188.
- <sup>30</sup> Mischel, Walter: *Personality and Assessment*, Wiley, Nueva York, 1968.
- <sup>31</sup> Nunnally, J. C.: *Popular Conceptions of Mental Health*, Rinehart & Winston, Nueva York, 1961.
- <sup>32</sup> Phillips, D. L.: "Rejections: A possible consequence of seeking help for mental disorder", *American Sociological Review*, 28, 1963, pág. 963.
- <sup>33</sup> Phillips, L. y Draguns, J. G.: "Classification of behavior disorders", *Annual Review of Psychology*, 22, 1971, pág. 447-482.
- <sup>34</sup> Rosenthal, Roberty Jacobson, Lenore: *Pygmalion im Unterricht*, Beltz, Weinheim, 1976.
- <sup>35</sup> Sarbin, Theodore R.: "On the futility of the proposition that some people should be labelled 'mentally ill'", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 31, 1967, págs. 447-453.
- <sup>36</sup> Sarbin, Theodore R. y Mancuso, J. C.: "Failure of a moral enterprise: Attitudes of the public toward mental illness", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 1970, págs. 159-179.
- <sup>37</sup> Sarbin, Theodore R.: "Schizophrenia is a myth, born of metaphor, meaningless", *Psychology Today*, 6, 1972, pág. 18.
- <sup>38</sup> Scheff, T. J.: *Being Mentally Ill: A sociological Theory*, Doubleday, Garden City, Nueva York, 1961.
- <sup>39</sup> Schmitt, H. O. y Fonda, C. P.: "The reliability of psychiatric diagnosis: Anewlook", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 1956, pág. 262.
- <sup>40</sup> Schur, E.: "Reactions to deviance: A critical assessment", *American Journal of Sociology*, 75, 1969, 309.
- <sup>41</sup> Seeman, W.: "Psychiatric diagnosis: An investigation of interperson reliability after didactic instruction", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 118, 1953, págs. 541-544.
- <sup>42</sup> Stanton, A. H. y Schwartz, M. S.: *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*, Basic Books, Nueva York, 1954.
- <sup>43</sup> Szasz, Thomas S.: *Law, Liberty and Psychiatry*, MacMillan, Nueva York, 1963.
- <sup>44</sup> Szasz, Thomas S.: *Geisteskrankheit -Ein moderner Mythos?*, Walter, Olten y Friburgo, 1937. [Hay versión castellana: *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 1973.]