

Sobre anti psiquiatría y anti psicología

Carlos Pérez Soto

Profesor de Estado en Física

Universidad de Arte y Ciencias Sociales - ARCIS

cperez@ctcreuna.cl

Martes 17 de Febrero de 2009.

1. Anti psiquiatría y psiquiatría crítica

El profundo conservadurismo, existencial y político, asociado a la era neoliberal, ha significado una verdadera terapia lingüística. La falsa prudencia, que no es sino la máscara del escepticismo, ha llevado a la curiosa práctica de no pronunciar ciertos términos que podrían tener resonancias subversivas o, al menos, inspirar malos recuerdos, y reemplazarlos por otros, que aparecen simuladamente neutros o, incluso, aparentemente progresistas. Así, ya no se usa decir “el pueblo”, hay que decir “la gente”. No se dice “la burguesía”, hay que decir “los empresarios” o, incluso “los emprendedores”. En fin, “modernidad”, en lugar de “capitalismo”, “idealista”, en lugar de “luchador”, “utópico”, en lugar de “subversivo”.

Es por la inercia de estos immaculados usos del lenguaje cotidiano que nadie dice ya “anti” para referirse a una actitud crítica. Aparentemente habría pasado la época de los “anti”, y lo que se impondría sería más bien la distancia crítica, y no el exceso de “criticarlo todo”. En virtud de una misteriosa asimilación se suele entender “criticar de manera radical” como “criticar por criticar”, y se asume que el único fin de tal tarea destructiva sería simplemente oponer objeciones sin ofrecer ni alternativas ni caminos de solución. La crítica radical es enfrentada, con desgraciada frecuencia, con dos objeciones que parecen devastadoras: “lo que pasa es que Usted no cree en nada” y “que sacamos con criticar tanto si las cosas van a seguir igual”.

La terapia lingüística cotidiana revela en esto todo su significado conservador. Se asume que nada puede cambiar de manera significativa. Se asume, de manera perfectamente ad hominem, que los críticos sólo pueden tener oscuros propósitos o, peor aún, resentimientos ocultos que los conducen a actitudes negativas uniformes y destructivas. Una explicación de tipo psicológico, por supuesto, siempre está disponible de manera muy inmediata para tales desviaciones.

En los años sesenta, en cambio, en una época esperanzada y atravesada por el espíritu de lucha (que quizás, hoy, deberían llamarse, más bien, ingenuidad u omnipotencia infantil), la expresión “anti” significaba, de manera simple, que la crítica podía contribuir a crear un espacio de convivencia más humano, en que se hubiesen removido las causas más apremiantes y evitables del sufrimiento.

Es en este espíritu que profesionales que, por lo demás, amaban su oficio de psiquiatras, crearon la anti psiquiatría. Si bien pensaron que un mundo ideal no requeriría de psiquiatras, su propósito inmediato estaba muy lejos de “destruir” su profesión y, menos aún, abandonarla.

En el mundo real, en el que tiene diferencias sociales reales, en el mundo de la dominación establecida, de lo que se trataba era de luchar para remover los aspectos más nocivos de la práctica psiquiátrica, aquellos que eran visiblemente un exceso evitable, esos aspectos que de manera flagrante contradecían los objetivos que la misma profesión, por otro lado, declaraba.

Se trataba de devolver a los usuarios de los servicios psiquiátricos sus derechos como ciudadanos. El derecho a no ser internado bajo regímenes en la práctica carcelarios sin su consentimiento. El derecho elemental a que se considerara que tenían, la mayor parte del tiempo, algún grado de discernimiento, que permitía una base de diálogo en torno a lo que ellos mismos consideraran más

apropiado para sus vidas. El derecho a no ser sometido a medicamentación, o a terapias de choque, o disuasivas, o a terapias que alteraran de manera violenta sus ciclos y funciones orgánicas, sin la debida información y, por supuesto, sin contar con su voluntad.

Más de dos siglos de notorios abusos, practicados a partir de simples prejuicios, muchas veces encubiertos por la retórica científica; un impresionante cúmulo de evidencias en torno a las violencias que implicaba la internación psiquiátrica, en torno a múltiples casos de flagrante discriminación de los afectados potenciales respecto de su género, situación social, color de piel u origen cultural; la reiterada experiencia social de la estigmatización producida a partir de diagnósticos y tratamientos, justificaban muy ampliamente estas preocupaciones. No era necesario, aunque de hecho existiera, un trasfondo político muy radical. La realidad se imponía, muchas veces de manera brutal.

El “anti” de la anti psiquiatría parece, sobre todo en este país, sólo un vago recuerdo de una época pasada. Su uso parece excesivo e injustificado. Algunas de las condiciones más infamantes de los manicomios parecen estar superadas. Salvo, por supuesto, en aquellos en que se encierra a los pobres. Una cierta simpatía, muchas veces meramente paternalista, hace que los psiquiatras y psicólogos jóvenes estén menos inclinados a los abusos tradicionales. Guardando, de todas maneras, las reglas profesionales habituales, que hacen presuntamente eficaz el encierro de sus pacientes. ¿Por qué entonces insistir en el desprestigiado “anti”? ¿Por qué, peor aún, extenderlo a la psicología?

La discriminación psiquiátrica y psicológica no es banal, ni trivial. No obedece a una mala voluntad particular, ni a un interés económico inmediato. Es llevada a cabo, la mayor parte de las veces, con una actitud de servicio, “por el bien de los propios afectados”. No es raro que quienes la ejercen crean sinceramente que están realizando una tarea útil, necesaria, benéfica.

Es por esto que, en cada época de la historia de la psiquiatría y la psicología modernas, lo que ha posteriori se ve como una brutalidad (como los baños de agua fría, los azotes, o los choques con sobre dosis de insulina) se ha descrito y justificado con amplias y profusas razones. Una y otra vez, un curioso exceso de teoría y discursividad ha acompañado hasta a las prácticas más brutales o absurdas (como la frenología, las curas con campos magnéticos, la sanación a través de la hipnosis, o las prácticas eugenésicas sobre “locos” y “dementes”).

La gran mayoría de estos discursos han pretendido, en su momento, ser los mejores representantes de la metodología científica. De esta manera el ejercicio de las prácticas psiquiátricas y psicológicas se ha puesto (aparentemente) por sobre las opciones religiosas (superstición), el buen sentido que proviene de la costumbre (mera opinión), e incluso por sobre las opciones morales. El discurso psiquiátrico pretende haber establecido males y métodos de curación objetivos, sobre la base de teorías racionales, que serían empíricamente contrastables.

La perspectiva histórica, sin embargo, es notoriamente desfavorable para estas pretensiones. Una y otra vez, desde mediados del siglo XVIII hasta hoy, los más reputados y “racionales” métodos, y las más orgullosas e intrincadas teorías, han caído bajo la feroz crítica de las teorías y prácticas siguientes, que las declaran cosa del pasado, o simplemente las omiten, para emprender, a su turno, por sí mismas, otra vuelta de una asombrosa secuencia de absurdos. Los azotes y sangrías del siglo XVIII fueron declarados inhumanos por los frenólogos del siglo XIX, la idea de estimar la inteligencia por el peso del cerebro fue declarada absurda por los que la determinaron a través de pruebas generales, abstractas, aplicadas fuera de todo contexto significativo, el electroshock es brutal para los que aplican drogas, la aplicación de drogas es vista con reticencia por los que aplican terapias sobre la base de variables inobservables, las aplicaciones masivas de hormonas o vitaminas son consideradas absurdas por los que no vacilan en aplicar antidepresivos o neurolépticos.

A diferencia de cualquiera de las ciencias naturales, o de las técnicas de la ingeniería común, en

psiquiatría es imposible trazar una secuencia de progresos claramente definidos y contrastables. Abundan las teorías paralelas simplemente contradictorias entre sí, abundan las explicaciones dobles o triples para los mismos conjuntos de síntomas. Y, sobre todo, crece cada día la oscura serie de teorías abandonadas como obsoletas, dañinas, erróneas, incontrastables que, sin embargo, han afectado durante su apogeo a miles y miles de seres humanos de los que simplemente nadie se acuerda, sobre los cuales casi nadie escribe, y que sacrificaron su salud, sus derechos, y muchas veces sus vidas, sin que nadie se sienta obligado a dar explicaciones o disculpas.

Se han formulado, más de una vez, hipótesis para explicar tanto absurdo, hipótesis que puedan explicar las fuentes que hacen posible este sostenido ejercicio de arbitrariedad que se impone sin que haya fuerzas sociales seguras de sí mismas y de sus derechos que se oponga de manera consistente.

El psiquiatra Ronald Leifer¹, por ejemplo, ha sugerido que la modernidad está atravesada por una profunda ambigüedad entre sus ideales de libertad y responsabilidad individual y la necesidad de mantener niveles aceptables de orden y control social. La psiquiatría habría reemplazado progresivamente a la religión como fuente de legitimación, y como ejercicio práctico del control social. El modelo médico de “enfermedad mental”, apoyado en la pretensión científica, sería el instrumento de un “Estado terapéutico”, que con este aval puede convertir en ley civil lo que la simple costumbre, en una sociedad de individuos libres y responsables, no regula. Hay ya, después de cuarenta años, una gran tradición teórica que converge en conclusiones similares².

Pero, entonces, tenemos dos tendencias contrarias. Por un lado la reiteración, dominante, bajo retóricas y justificaciones “científicas” cambiantes de la opresión “por su propio bien” de miles y miles de seres humanos. Por otro la de una insistente y minoritaria oposición, que ha tenido, sin embargo, una influencia profunda. Dos tendencias que se reponen, de manera correspondiente, cada vez que la ciencia parece apoyar, con nuevos instrumentales, los delirios históricos del gremio psiquiátrico.

Y en cada etapa --el “tratamiento moral” en el siglo XIX, contra las penurias de los hospicios del siglo XVIII, el movimiento de psiquiatras humanistas y usuarios en los años 30, contra las condiciones del asilo, los anti psiquiatras de los años 60-- es necesario recordar a las nuevas generaciones expuestas cómo ha sido esta triste historia, y es necesario reformular los argumentos de la oposición contra las nuevas formas del racionalismo psiquiátrico.

La psiquiatría crítica actual, heredera de la anti psiquiatría de los años 60, es necesaria por la nueva legitimidad que han alcanzado los tratamientos farmacológicos de alteraciones del comportamiento, y por las asombrosas dimensiones que ha alcanzado su aplicación, en todas las esferas de la vida social. Es esta enorme extensión hacia la llamada “normalidad” de tratamientos que se consideraban propios de los manicomios, y apropiados para los “locos”, la que hace necesario ligar la nueva *psiquiatría crítica* a la proposición de una *psicología crítica*. Cada día más son los ciudadanos comunes, no ya los

¹ Ronald Leifer, psiquiatra, nacido en 1932, pertenece a la escuela crítica de Thomas Szasz. Sus tesis se pueden encontrar condensadas en *The Medical Model as the Ideology of the Therapeutic State*, en *The Journal of Mind and Behavior*, Vol. 11, Nº 2-3, 1990, pág. 247-258.

² En todas estas consideraciones he preferido recurrir a Ronald Leifer, Thomas Szasz, William R. Uttal, John Read, Loren R. Mosher, Richard P. Bentall, D. L. Rosenhan, Meter Breggin, John Hopton, y otros representantes de la psiquiatría crítica anglosajona, y no a los más típicos y conocidos textos de Michel Foucault, sugerentes, pero no siempre útiles más allá de las modas académicas. En general se trata de recurrir a una tradición que contrapone los mismos estándares científicos a las pretensiones científicas de la psiquiatría y la psicología dominante, más que razones puramente filosóficas, o de denuncia solamente política.

que pueden ser considerados víctimas de alteraciones extremas, los que son sometidos a criterios psiquiátricos a través del diagnóstico psicológico y la asociación terapéutica entre psicólogos y psiquiatras.

Y, de manera correspondiente, cada día es mayor y más profunda la extensión de la industria farmacéutica, con toda su carga de interés por el lucro simple, en el mundo de la vida cotidiana. Las estadísticas en torno al consumo de anti depresivos, anti psicóticos o de drogas para regular el sueño son, bajo cualquier perspectiva de salud pública medianamente razonable, simplemente alarmantes. Y se han convertido en materia de preocupación por los poderes públicos sobre todo en los países de la Comunidad Europea, menos susceptibles, al menos formalmente, a las presiones de la industria que sus equivalentes en Estados Unidos y América Latina.

Es necesaria, y se ha ido constituyendo, una psiquiatría y una psicología críticas que tengan, en primer lugar, una función educativa, de prevención, de formación de una opinión más informada y consciente por parte de los propios ciudadanos.

Pero, también, una corriente crítica que sea capaz de abordar la nueva marea del modelo médico del comportamiento de manera fundada, es decir, examinando de manera determinada, específica, cada “novedad”, cada “tratamiento revolucionario”, que la industria lanza al mercado, como también la influencia de las nuevas técnicas de estudio del sistema nervioso, y su prolongación al discurso psiquiátrico.

La nueva psiquiatría crítica³, desde los años 90, ha abordado el desafío de examinar la confiabilidad de las nuevas técnicas y teorías de moda en neurofisiología, y de revisar, de acuerdo a protocolos elementales de rigor científico, las definiciones que operan como fundamentos de los diagnósticos, y la eficacia supuesta de los métodos terapéuticos más extendidos.

Se trata de confrontar las pretensiones de saber y eficacia de la psiquiatría y la psicología imperantes con sus propios supuestos científicos. Para esto se ha tratado de mostrar de manera empírica la prevalencia de la discriminación de género, étnica y cultural en los diagnósticos, la contradicción entre esta notoria incidencia del prejuicio y la supuesta objetividad con que se los proclama. Se han hecho estudios de seguimiento en torno a la eficacia de las terapias más comunes, separándola de la remisión espontánea de síntomas, o de su sustitución por simples medidas de aquietamiento de los pacientes, como ocurre, en general, con el uso de anti depresivos. Se han examinado de manera racional los fundamentos del modelo médico del comportamiento, confrontándolo con lo que la ciencia puede decir, y con los efectos sociales e individuales que tiene.

La exposición que sigue es, considerando esta amplia corriente crítica, meramente preliminar. Quiero exponer casos notorios, sugerir criterios útiles, para situaciones eminentemente prácticas y, sobre todo, ofrecer referencias a las que se puede recurrir para conocer mejor la situación, y desarrollar la propia consciencia de las virtudes de la autonomía y la responsabilidad de una ciudadanía razonable, que es capaz de resolver la mayor parte de sus dificultades intersubjetivas apelando de manera directa a la amistad, a la solidaridad, a la construcción de lazos sociales y experiencias comunes.

Primero examinaré el problema de la medicamentación psiquiátrica. Luego el de la fiabilidad de los diagnósticos psicológicos. Y, por último, el problema del debilitamiento de los derechos de los

³ Un excelente recuento, tanto de las raíces como de las perspectivas de la psiquiatría crítica, hecho por un moderado, se puede encontrar en John Hopton: *The future of critical psychiatry*, en *Critical Social Policy*, Vol. 26, Nº 1, 2006, pág. 57-73.

ciudadanos bajo el amparo de los dictámenes de psicólogos y psiquiatras.

2. Medicamentación y experimentación psiquiátrica

El psiquiatra italiano Ugo Cerletti era un científico riguroso y honrado. Dejaba cuidadosas notas de cada experimento que hacía, y de las consecuencias y reflexiones que derivaban de sus acciones, es por eso que sabemos con todo detalle cómo se le ocurrió la técnica del electroshock, y qué cosas hizo para desarrollarla y aplicarla a seres humanos⁴.

Cerletti nació en Italia, en 1877, y murió en 1963. Se doctoró en medicina en 1901, y luego estudió psiquiatría con Emil Kraepelin, que es el primer gran escritor de manuales donde se describen todos los síntomas que caracterizan las alteraciones mentales. Desde 1935, en la época en que el fascismo de Mussolini se unía en una alianza que iba a ser eterna con el nazismo de Hitler, empezó a estudiar los posibles efectos terapéuticos que podrían tener las descargas eléctricas en las personas que eran consideradas como enfermos mentales.

Fue en 1938 cuando hizo su descubrimiento más famoso. El mismo Cerletti lo cuenta de esta manera, en un libro de 1956, *“me informaron que en el matadero de Roma se mataba a los cerdos con corriente eléctrica. Fui al matadero y noté que apenas se aplicaba corriente sobre las sienas de los cerdos, estos se ponían rígidos y después, tras algunos segundos, sufrían convulsiones, tal como los perros que habíamos usado en nuestros experimentos. Durante el período de pérdida de consciencia el matarife degollaba y desangraba al animal sin dificultad. No era cierto, por la tanto, que se matara a los animales con corriente eléctrica; más bien se la usaba para poder matarlos sin hacerlos sufrir”*.

Cerletti tuvo entonces la idea de hacer él mismo experimentos con cerdos, para encontrar con cuánta electricidad se podía conseguir los efectos que había observado. Llegó a la conclusión que 125 volts, durante unas décimas de segundo, eran suficientes para lograr el efecto sin hacer ningún daño aparente al animal. En ese punto decidió que ya sabía lo suficiente como para probar esta técnica en seres humanos.

Él mismo cuenta en sus notas que en Abril de 1938 la policía le mandó a un individuo que había sido detenido mientras trataba de subir a un tren sin haber pagado el boleto. El hombre mostraba los signos que hacen pensar, a las personas comunes, que podría tener sus facultades mentales perturbadas. Cerletti al recibirlo indica que estaba lúcido, que tenía ideas delirantes, que la mímica que hacía correspondía al sentido de sus palabras, que su estado de ánimo era indiferente a lo que lo rodeaba. Dice que tenía sus “reservas afectivas bajas”, y agrega que tenía algunas dificultades de audición y cataratas en el ojo izquierdo.

Para resumir este cuadro Ugo Cerletti escribe *“se llegó a un diagnóstico de esquizofrenia sobre la base de su comportamiento pasivo, la incoherencia, las reservas afectivas bajas, las alucinaciones, las ideas delirantes referidas a las influencias que decía sufrir, y los neologismos (esto es, las palabras del lenguaje vulgar) que usaba”*. Esto le pareció suficiente a nuestro psiquiatra para convertir a este detenido por la policía en la persona que habría de sufrir, según él mismo dice, “el primer experimento de convulsiones eléctricas inducidas sobre un hombre”. Y en seguida describe con todo detalle cómo se aplicaron los electrodos, cuánta corriente aplicó y durante cuánto tiempo y las reacciones del sujeto experimental.

⁴ El caso de Ugo Cerletti es examinado por Thomas Szasz en su artículo *¿A quién sirve la psiquiatría?*, que se puede encontrar en Franco y Franca Basaglia, Eds.: *Los crímenes de la paz* (1975), Siglo XXI, México, 1987. Las citas están tomadas de ese artículo. Críticas directas a la técnica del electroshock se pueden encontrar en John Read, *La terapia electroconvulsiva*, en Read, Mosher y Bentall, ed.: *Modelos de Locura* (2004), Herder, Barcelona, 2006, pág. 103-122; Leonard Roy Frank, *Electroshock: death, brain damage, memory loss and brainwashing*, en *The Journal of Mind and Behavior*, Vol. 11, N° 2-3, 1990, pág. 489-512; Lucy Johnstone: *Users and abusers of psychiatry*, (2000), Routledge, Londres, 2001.

Cerletti nos dice en su escrito *“apenas se indujo la corriente, el paciente reaccionó con un sobresalto y sus músculos se pusieron rígidos, después se desplomó sobre la cama sin perder el conocimiento. Luego empezó a cantar con voz clara y después se calmó”*. Le habían aplicado 80 volts durante dos décimas de segundo. Luego nos cuenta que todos los asistentes al experimento estaban bastante tensos, sin saber qué es lo que ocurriría, pero cuando vieron la reacción del paciente concordaron que en realidad habían usado un voltaje muy bajo. Se comentó sobre la posibilidad de repetir el experimento al día siguiente, todo esto en voz alta, sin ninguna traba, delante del paciente, que todavía estaba en la sala. Entonces, al oír que se iba a repetir el experimento el hombre reaccionó. Ugo Cerletti lo cuenta de esta manera: *“De improviso el paciente, que evidentemente había seguido nuestra conversación dijo, clara y solemnemente, sin mostrar la falta de articulación en su discurso que había demostrado hasta entonces “otra vez no!, es terrible”*. Y luego nuestro psiquiatra agrega *“confieso que una advertencia así de explícita, tan enfática y autoritaria, hecha por una persona cuya enigmática jerga hasta entonces había sido difícil de comprender, hizo vacilar mi determinación de continuar el experimento. Pero el temor a ceder ante una idea supersticiosa me hizo decidirme. Se aplicaron nuevamente los electrodos, y pusimos esta vez una descarga de 110 volts”*.

Pues bien, el psiquiatra Ugo Cerletti aplicó una técnica que se usaba en el proceso de matar cerdos a un ser humano que le había sido encargado por la policía, que en lugar de procesarlo por un delito menor y una conducta extravagante se lo mandó, detenido, a un psiquiatra. Este psiquiatra decidió que tenía esquizofrenia y lo sometió a un experimento médico sin autorización ni de la policía, ni del mismo paciente, ni de ninguna persona conocida que pudiera asistirlo. Reconoce que no tenía idea de cuales serían los efectos de su experimento, pero decide repetirlo, a pesar de que el paciente le pide claramente, de manera racional, que no quiere pasar por eso nuevamente, aplicando más voltaje en la segunda vez.

Hasta el día de hoy nadie tiene completamente claro qué mecanismos se desencadenan cuando se aplica electroshock sobre una persona. Sin embargo esta técnica se sigue aplicando cada día, quizás en el mismo espíritu con que fue inventada, es decir, para hacer posible el avance de la ciencia, y disfrutar de sus beneficios.

Hay una larga historia, al interior de la práctica científica misma, de experimentos en que se ha deshumanizado, hasta niveles realmente increíbles a personas comunes. Y a pesar de que muchas de estas historias pertenecen al siglo pasado, en que el prestigio y la prepotencia de la ciencia alcanzaron su punto máximo, muchas otras formas se siguen practicando hasta el día de hoy. El electroshock es sólo una de ellas. Su historia es tristemente paralela a la de la lobotomía, introducida en 1935, en pacientes de un hospital psiquiátrico en Lisboa, y a la aplicación de choques insulínicos para tratar crisis psicóticas.

Lucy Johnstone consigna que más de 50.000 lobotomías fueron practicadas en Estados Unidos entre 1936 y 1955, años en que el doctor Walter Freeman llegó a operar hasta a veinticinco pacientes en un solo día⁵. Freeman se convirtió en un apologista de este método que, en su opinión, podía ser una buena manera de ejercer control social sobre las personas inadaptadas. Consideró que los pacientes a quienes se había practicado la lobotomía llegaban a ser mejores ciudadanos, y que los mejores resultados se podían observar en mujeres, negros y judíos...

Tal como en el caso del electroshock, tampoco hay teorías claras, contrastables y explicativas, que describan los efectos profundos de esta intervención sobre un ser humano. Se la usa simplemente como sedativo o anti convulsionante, sin la menor consideración sobre sus efectos colaterales, o acumulativos, a mediano plazo. Y, aunque parezca increíble, mientras, por un lado, abundan los

⁵ Lucy Johnstone, *Users and Abusers of Psychiatry* (1989), Brunner-Routledge, Philadelphia, 2000, pág. 154.

reportes sobre sus efectos catastróficos sobre la salud y capacidades de los pacientes, nadie ha reportado nunca algún caso en que pacientes se hayan *curado* de sus afecciones debido a su aplicación. A pesar de esto, el doctor portugués Antonio Egas Moniz (António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz, 1874-1955), recibió nada menos que el Premio Nobel de Fisiología y Medicina, en 1949, por sus contribuciones a su incorporación como práctica habitual en psiquiatría⁶.

La aplicación de este tipo de técnicas va frecuentemente acompañada por la completa indefensión de los ciudadanos ante los experimentos médicos que les han dado origen, que es quizás una de las peores expresiones del irracionalismo que puede surgir desde la ciencia misma. Un tipo de irracionalismo que proviene de los propios defensores de la razón.

En un libro escalofriante llamado *Las multinacionales de la alimentación contra los bebés*, el grupo de ecologistas suizos *Tercer Mundo*⁷, muestra como los intereses comerciales y científicos se mezclan en la experimentación de nuevos alimentos especializados para niños menores de dos años. Estos experimentos, por supuesto, no se hacen con niños europeos, sino con niños pobres en los países subdesarrollados. En esos países, fuera del control de los Estados a los que responden sus casas matrices, los experimentos produjeron toda clase de efectos negativos, en particular diarrea y convulsiones, hasta que fueron suspendidos, básicamente porque no ofrecían resultados útiles para los consumidores europeos, con otros estándares de vida y otros patrones de alimentación.

Muchas veces, también, se ha indicado que millones de mujeres en América Latina son usadas como conejillos de indias para probar la eficacia de los nuevos tipos de anti conceptivos. Esto se hace permitiendo la venta de estos productos en nuestros países, y luego, sólo si las estadísticas de los obstetras no indican nada malo, se autorizan para ser comercializados en Estados Unidos⁸.

Desde los años 50 esta experimentación ha sido promovida desde los enormes intereses implicados en la industria farmacéutica, cuestión que ha culminado en lo que se ha llegado a conocer como “tráfico de enfermedades” [disease mongering], es decir, a la creación, por la industria farmacéutica, de cuadros clínicos que semejan o sugieren males con el único objeto de incrementar los posibles clientes para fármacos que ya se encuentran disponibles. La disfunción eréctil, el trastorno bipolar, la disfunción sexual femenina y, por supuesto, el desorden de hiperactividad y déficit atencional, han sido señalados como ejemplos de cuadros clínicos creados y promovidos de esta manera. Los críticos han revisados, y criticado severamente, las condiciones en que son diagnosticados estos supuestos males, y la sobre medicamentación que, invariablemente, es recetada para tratarlos, sin que se haya establecido para ella un respaldo científico suficiente.

Un examen detallado y crítico de este irracionalismo se puede encontrar en la sección de ensayos del número de Abril de 2006⁹ de PLoS Medicine. Está completamente disponible, en inglés, en

⁶ Sobre la historia de la lobotomía, se puede ver el artículo del neurocirujano Renato Sabbatini, en Internet, en http://www.cerebromente.org.br/n02/historia/psicocirg_i.htm

⁷ Grupo Tercer Mundo: *Las multinacionales de la alimentación contra los bebés* (1976), Nueva Imagen, México, 1982

⁸ Una contundente acumulación de antecedentes y argumentos sobre el irracionalismo, y las prácticas ilegales, en la industria farmacéutica se pueden encontrar en John Braithwaite: *Corporate crime in the pharmaceutical industry*, Routledge, Londres, 1984. Braithwaite es profesor de criminología en la Escuela de Derecho de la Universidad Nacional de Australia. Ha obtenido premios por sus publicaciones de la Sociedad Internacional de Criminología, de la Sociedad de Criminología de Estados Unidos, y de su equivalente en Suecia.

⁹ PLoS Medicine, Vol. 3, N° 4, Abril 2006. Disponible en www.plosmedicine.org. Se puede ver también el debate producido por esta publicación en la sección Correspondencia, en PLoS Medicine, Vol. 3, N° 7, julio 2006, en que cada participante aporta referencias para sus argumentos. En Abril de 2006 se realizó la primera Conferencia sobre Tráfico de Enfermedades en Newcastle, Australia. A partir de ella se han creado organizaciones en Australia, Canadá y Estados Unidos para debatir y hacer consciencia sobre el problema. Sus debates pueden verse en el sitio de Healthy Skepticism,

www.plos.org. Se trata de la sección dedicada a la medicina, de la Public Library of Science, una organización sin fines de lucro, formada por científicos y médicos, dedicada a poner la información científica disponible libremente al público. PLoS Medicine es particularmente importante por su interés en el desarrollo de la medicina en el Tercer Mundo, y por su intento de formar opinión de manera independiente de los grandes intereses de la industria farmacéutica.

La sobre medicamentación, sobre todo en contextos de alteraciones del comportamiento, es consecuencia directa de estos factores. Intereses comerciales, soberbia del gremio psiquiátrico y, por supuesto, la sensación de alarma entre los usuarios, que ha sido fomentada por estos mismos actores.

Conviene, como ejemplo, porque está de moda, consultar la Conferencia para establecer un consenso en torno al diagnóstico y tratamiento del “Desorden de Déficit Atencional e Hiperactividad”, llamado ADHD, por su sigla en inglés, convocada por el National Institute of Health, en Estados Unidos. Considerando la creciente frecuencia con que en nuestro país se diagnostica este cuadro, y la extrema confianza con que se indican tratamientos para abordarlo, es alarmante leer que, en sus conclusiones diga: “*Finalmente, después de años de investigación y experiencia clínica en torno al ADHD, nuestro conocimiento sobre la causa o causas del ADHD permanece [en un estado] ampliamente especulativo. Por consiguiente, no tenemos estrategias documentadas para su prevención*”¹⁰.

La situación concreta es que no se conocen las causas neurológicas de este “trastorno”. Tampoco, como veremos en el apartado siguiente, hay una manera clara, objetiva y confiable de diagnosticarlo. Personas simplemente inquietas (la enorme mayoría niños, pero se ha diagnosticado también en adultos) o, peor, que sobrepasan ciertos estándares de disciplina en sus entornos cotidianos (personas que parecen tranquilas en su casa son vistas como inquietas en el colegio o en el trabajo), son diagnosticadas sobre la base de categorías vagas, de recurrencia escasamente cuantificable, a través de simples observaciones, sin que medien pruebas psicológicas, o exámenes neurológicos particulares.

A pesar de esto, millones de niños en el mundo reciben diversas formas y dosis de Metilfenidato (cuya marca comercial más frecuente es Ritalín), la droga que se ha llegado a considerar una panacea para este problema. Esto significa, para la industria farmacéutica, ventas, sólo por esta sustancia, de más de 1000 millones de dólares cada año¹¹. Cuando se suman a esto los diversos fármacos que se han creado para un mercado tan apetecible, la cifra se eleva a más de 5000 millones de dólares cada año. Hay que considerar que la moda del Ritalín y sus equivalentes, que tuvo su apogeo en Estados Unidos en los años 90, está en pleno crecimiento en América Latina donde, como se sabe, nuestro país encabeza la carrera por la “modernización”¹².

www.healthyskepticism.org.

¹⁰ “*Finally, after years of clinical research and experience with ADHD, our knowledge about the cause or causes of ADHD remains largely speculative. Consequently, we have no documented strategies for the prevention of ADHD*”. Ver <http://consensus.nih.gov/1998/>

¹¹ Un excelente análisis de los problemas que implica la medicamentación de niños en el tratamiento del ADHD se puede encontrar en Carol K. Whalen, Barbara Henker: *Stimulant Pharmacotherapy for ADHD, an análisis of progress, problems, and prospect*, compilado en Seymour Fisher, Roger P. Greenberg, ed.: *From Placebo to Panacea, putting psychiatric drugs to the test*, John Willey & Sons Inc, Nueva Cork, 1997. Contiene una enorme cantidad de referencias útiles.

¹² Es interesante, al respecto, considerar el estudio empírico, hecho en colegios básicos de Uruguay, por la profesora María Noel Míguez Passada, en que revela bastante de las condiciones sociales en que estos fármacos son aplicados en nuestros países, María Noel Míguez: *Los hijos de la Rita Lina* (2006), trabajo de investigación del Grupo de Estudio sobre Discapacidad del Departamento de Trabajo Social, de la facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República, Uruguay. Disponible en Internet.

La falta de una base científica realmente confiable para la medicamentación psiquiátrica¹³, hace que sea perfectamente posible, incluso, formular la hipótesis exactamente inversa a sus pretensiones: la de que en realidad los fármacos psiquiátricos aumentan o, incluso, crean, los problemas que pretendidamente buscan aliviar o curar.

Esto es justamente lo que proponen Joanna Moncrieff y David Cohen¹⁴. Sostienen que no hay evidencia real de que las drogas utilizadas para tratar la depresión tengan efectos relativamente permanentes en el tiempo, y que sus resultados aparentes se deben simplemente a que atenúan síntomas, sin curar ningún problema de fondo. Pero, peor aún, sí hay evidencia, en cambio, de que producen de manera progresiva problemas neurológicos y cognitivos.

Los estudios muestran, con extraordinaria frecuencia, que los mayores desarreglos se producen justamente cuando los pacientes dejan de usar los fármacos que les han recetado. Moncrieff y Cohen argumentan que eso lleva a la mayoría de los psiquiatras, en contra de toda lógica, a confirmar sus diagnósticos y a recetar dosis *aún mayores* de medicamentos, con los que, en el momento de suspenderlos o disminuirlos, el ciclo se repite.

El problema lógico implicado en este razonamiento, que es muy común, incluso entre los profesionales más capacitados, es que de los efectos no se pueden inferir válidamente las causas. En este caso, si una droga invade masivamente el sistema nervioso, por supuesto produce muchos cambios, de toda clase, sin que haya evidencia independiente de que sólo actuó sobre la sustancia que se cree es el origen del problema. Así, si el resultado observado es que mejoró el ánimo del paciente, no es posible establecer por cuál de los muchos efectos de la droga esto ocurrió. Y, también, resulta imposible establecer si el agravamiento de los estados de ánimo que siguen a su suspensión se debe a que ya no se está administrando... o a cualquiera de los muchos otros efectos que produjo.

La base empírica de este problema es que, a pesar de las apariencias, y de la propaganda comercial, la recomendación de aplicar tales o cuales drogas para tales o cuales problemas de comportamiento, aunque parezca increíble, no se hace sobre la base de un estudio directo e independiente de sus efectos sobre el sistema nervioso. Sino simplemente sobre la base de los efectos exteriores, observados, sobre el comportamiento. Así, por ejemplo, si se encuentra, en monos, o en pacientes con que se experimenta sin su consentimiento, que una droga actúa como tranquilizante, o aumenta la somnolencia, se recomienda, casi sin mediación, para usarla en pacientes que tengan problemas de nerviosismo o insomnio. Los experimentos para validarla se hacen siempre sobre esta correlación simple entre conducta observada y dosis de droga, y sólo los efectos colaterales mayores, también de tipo exterior, conductual, se consignan como contra indicaciones.

El resultado neto de estos procedimientos es que simplemente no sabemos qué efectos internos, propiamente neurológicos, producen los fármacos psiquiátricos. Tal como nunca se ha establecido de manera directa y específica cómo funciona el electroshock, o qué clase de catástrofes químicas y

¹³ La argumentación más acabada y consistente al respecto se puede encontrar en William R. Uttal: *The new Phrenology. The limits of localizing cognitive processes in the brain* (2001), The MIT Press, Cambridge, 2001. Uttal revisa de manera exhaustiva las técnicas para estudiar los procesos neurológicos en el cerebro, incluyendo las más avanzadas, como la tomografía de positrones y la resonancia magnética nuclear, mostrando las enormes incertidumbres de sus resultados, y los problemas conceptuales que implica relacionarlos con estados definidos de comportamiento, o con procesos cognitivos específicos. El resultado general de su examen es que justamente la base de la medicamentación psiquiátrica, que es la supuesta correlación entre procesos neurológicos definidos y estados de consciencia o comportamientos observables está muy lejos de estar establecida de manera científicamente confiable.

¹⁴ Joanna Moncrieff, David Cohen: *¿Do antidepressants cure or create abnormal brain status?*, PLoS Medicine, Vol. 3, Nº 7, Julio 2006, en www.plosmedicine.org. Otro crítico que apunta en el mismo sentido es Peter Breggin. Ver, por ejemplo, Peter Breggin: *Your drugs may be your problem* (1995), Da Capo Lifelong Books, 3ª edición revisada y ampliada, Nueva Cork, 2007.

neurológicas producía la lobotomía. Y, por consiguiente, tampoco podemos saber si las consecuencias de suspender un medicamento se deben al problema basal para el que se diagnosticó, o a efectos no esperados de su misma administración.

La medicamentación psiquiátrica, sin embargo, no es sólo una tentación promovida por la industria, y ampliamente aceptada por los psiquiatras, es también el producto de una enorme demanda por parte de los pacientes. Sobre todo, a pesar de la lógica, de los que no padecen de trastornos del comportamiento particularmente agudos.

No es difícil imaginar las razones. Por un lado la propaganda, como hemos visto, apoyada en la poderosa impresión de certeza de la ciencia. Por otro, las propias condiciones de vida del ciudadano común, sometido a la sobre explotación en una sociedad competitiva, plena de sobre estimulación, atravesada por toda clase de temores e incertidumbres. Es una constatación cotidiana, entre asombrada y resignada, cómo las farmacias se han convertido en excelentes negocios. Asombra ver, en las grandes ciudades, su número, la cantidad de clientes esperando ser atendidos. La medicamentación psiquiátrica es sólo un aspecto de una medicalización más general de la vida común. De manera inversa, sin embargo, no es difícil notar que es a su vez un aspecto de la psicologización de los trastornos que afectan a la vida cotidiana.

De acuerdo al modelo médico que la sostiene, la medicalización es la consecuencia de haber sido diagnosticado de una manera aparentemente precisa, lo que conllevaría una estimación fiable de los cursos del mal que ha sido detectado, y de los cursos posibles de acción para remitirlo. Lo que se puede constatar, sin embargo, es una enorme y preocupante desproporción entre la fragilidad de los diagnósticos y de las predicciones que se pueden hacer sobre los tratamientos indicados y, como contrapartida, una completa certeza, rayana en la arrogancia, entre quienes las dictaminan. Esto lo que comentaré en el siguiente apartado.

3. Falibilidad de la clasificación psiquiátrica

El supuesto, aparentemente obvio, del diagnóstico psiquiátrico, es que se hace sobre la base de categorías específicas, claramente definidas, construidas a partir de observaciones sistemáticas. Categorías que establecerían cuadros clínicos objetivos, claramente determinables, que cualquier observador imparcial e informado podría detectar. Cuando examinamos de cerca la realidad de esta pretensión, sin embargo, lo que encontramos dista mucho de lo que se ha prometido.

Consideremos, por ejemplo, el llamado *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, cuya cuarta versión fue publicada en 1995 por la *Asociación Americana de Psiquiatría*¹⁵ que, a pesar de su nombre no agrupa a los psiquiatras de México, ni de Venezuela, ni de Argentina, sino sólo a los de Estados Unidos. Este manual, casi inmediatamente traducido a los principales idiomas del mundo, es la fuente más usada por el gremio psiquiátrico para establecer qué clase de alteraciones mentales tiene una persona, e incluso, en muchos países, sus definiciones tienen valor legal, y son aceptadas como definiciones técnicas en los tribunales.

¹⁵ Este manual, conocido por su sigla en inglés DSM, ha tenido cuatro ediciones (1952, 1968, 1980, 1994), las que, a su vez, han sufrido dos revisiones generales (1987, 2000), y algunas correcciones parciales. El texto estándar actual es el DSM-IV TR (text revision”), que es el que se tradujo al castellano como: Asociación Americana de Psiquiatría: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*, Masson, Barcelona, 2001. La historia de su origen y elaboración se puede ver en G. N. Grob: *Origins of DSM-I, a study in appearance and reality*, American Journal of Psychiatry, Vol. 148, N° 4, 1991, pág. 421-431, y en M. Wilson: *DSM-III and the transformation of American Psychiatry, a history*, American Journal of Psychiatry, Vol. 150, N° 3, 1993, pág. 399-410.

Después de empezar por las alteraciones que más visiblemente tienen un origen físico, o neurofisiológico, el manual va avanzando hacia los desordenes mentales que tienen su base más claramente en problemas propiamente psicológicos, o de personalidad. En cada alteración se indican sus características diagnósticas, es decir, los rasgos conductuales que permiten reconocer cuando una persona lo tiene o no, luego los síntomas y trastornos asociados, después como varía según la cultura, la edad y el sexo, y también como puede diferenciarse de otros trastornos parecidos. Todo esto se resume en un cuadro de criterios que permitirían su reconocimiento¹⁶.

Es instructivo, para ver cómo procede, considerar uno de los últimos capítulos, en que se describen los llamados “trastornos de la personalidad”. Entre otros se consideran los siguientes, *trastorno paranoide de personalidad, trastorno esquizoide, trastorno narcisista*. Tiene contemplado incluso lo que no cabe en su clasificación bajo la curiosa etiqueta de “trastorno de la personalidad no especificado”.

Si consideramos algunos de los rasgos que permiten caracterizar estos trastornos nos encontraremos con algunas curiosidades dignas de estudio. En su sección dedicada a los trastornos de personalidad se encuentra el llamado *trastorno paranoide de personalidad*, en la descripción de las características que permitirían reconocerlo, encontramos textualmente lo siguiente: “*es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia otros, de forma que las intenciones de estos son interpretadas como maliciosas. Los individuos con este trastorno dan por hecho que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño, o les van a engañar, aunque no tengan prueba alguna que apoye esas previsiones*”. Como se ve, están son cosas que parecen aplicarse ni más ni menos que a nosotros mismos, que nos llamamos escépticos. Si es así sigamos leyendo, porque podría ser que encontremos alguna novedad que no conozcamos acerca de cómo somos realmente.

En los párrafos siguientes el manual agrega, “*los sujetos con este trastorno son reacios a confiar o intimar con los demás, porque temen que la información que comparten sea usada en su contra. Pueden negarse a contestar preguntas personales diciendo que esa información “no es asunto de los demás”*”. *En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbran significados ocultos que son degradantes o amenazantes. Los halagos son frecuentemente mal interpretados. Pueden ver una oferta de ayuda como una crítica en el sentido de que no lo estaban haciendo suficientemente bien ellos solos*”. Y también “*los sujetos con este trastorno pueden ser patológicamente celosos, sospechando a menudo que su cónyuge o su pareja les es infiel sin tener una justificación adecuada*”.

Aún más interesantes que estas descripciones son las que se hacen en el apartado sobre los síntomas y trastornos asociados con los llamados *trastornos esquizoides de la personalidad*. En ese capítulo se lee, por ejemplo: “*Los sujetos con trastornos esquizoides pueden tener dificultades especiales para expresar la ira. A veces, sus vidas parecen no ir a ninguna parte y dejan sus objetivos a merced del azar. Debido a su falta de habilidades sociales y a la falta de deseo de experiencias sexuales, los sujetos con este trastorno tienen pocas amistades, es poco frecuente que salgan con alguien, y no suelen casarse*”.

Dos cuestiones son importantes respecto de este tipo de descripciones. Por un lado, cuando se leen, existe una tendencia espontánea a identificarse con ellas. A cada paso de la lectura pareciera que están hablando de uno, de cosas que le pasan a uno mismo. Pero también ocurre lo mismo, curiosamente, cuando uno lee las descripciones exactamente contrarias, las que caracterizan a cuadros clínicos

¹⁶ Hay una amplia bibliografía en contra de los criterios y efectos del DSM, desde diversas perspectivas. Quizás los argumentos mejor desarrollados son los que objetan la persistencia de la categoría “esquizofrenia” en todas sus ediciones. En castellano una fuente importante es John Read, Loren B. Mosher y Richard P. Bentall, ed.: *Modelos de Locura* (2004), Herder, Barcelona, 2006. La mayor parte de sus artículos están dedicados a este punto.

completamente opuestos. Esta tendencia espontánea a la identificación, sumada a la supuesta autoridad científica del psiquiatra y de este cuidadoso y elaborado manual, son una poderosa razón por la cual se suele creer sin la menor oposición a los diagnósticos que estos profesionales hacen.

El hecho es que las caracterizaciones diagnósticas contienen actos, actitudes y conductas tan universalmente comunes, que es prácticamente imposible no caer en alguna de ellas. Quizás reconociendo algo de esto, sus redactores advierten expresamente que el manual no debe ser usado por personas que no tengan un entrenamiento especial, o estudios específicos en la materia. Sin embargo, aún para los psiquiatras, como sus categorías son presentadas a través de ejemplos particulares, y estimaciones vagas como “*suele hacer esto*”, o “*a veces hace esta otra cosa*”, no hay prácticamente ninguna persona que no pueda ser incluida temporalmente en algún desorden de personalidad.

Por cierto, los psiquiatras dicen que sólo se puede hablar de un estado patológico cuando estas conductas y actitudes se repiten, son frecuentes y permanecen en el tiempo. Pero ¿cómo llegan a saber que esto es así?, ¿viviendo con sus futuros pacientes? Por supuesto que no. Lo saben a través del relato del mismo paciente, o de las personas que lo rodean, que no es un relato especializado, que no tiene en cuenta este manual, y que puede perfectamente estar prejuiciado por las categorizaciones que los mismos psiquiatras han logrado difundir en el conocimiento común.

¿Cómo distinguir a una persona habitualmente solitaria de alguien que padece de un trastorno esquizoide? ¿Cómo distinguir una actitud natural y sanamente escéptica de un trastorno paranoide? Lo que ocurre habitualmente es que el psiquiatra va preguntándole a las personas que acompañan al paciente ¿hace habitualmente esto?, ¿hace habitualmente lo otro?, y los acompañantes van espontáneamente enmarcándose o en lo que implícitamente esas preguntas sugieren, o en los prejuicios previos que tenían, que ahora van revistiéndose de términos y características científicas.

Es fácil, de esta manera que, si una comunidad se empeña, una persona solitaria pueda llegar a ser considerada esquizoide. Es desgraciadamente fácil también que ese estigma sea refrendado por la autoridad de un especialista. Pero, al revés, es extraordinariamente difícil que luego, haga lo que haga, pueda librarse del estigma en que ha sido catalogado.

La clasificación psiquiátrica no sólo ha catalogado lo existente y lo presunto, también le ha puesto nombres científicos a la moderna caza de brujas.

Pero hay otra característica curiosa en estas clasificaciones psiquiátricas: lo mucho que se parecen, guardando las diferencias de estilo, a otros sistemas de caracterización de personalidades que difícilmente se aceptarían como científicos.

Cuando se leen los habituales horóscopos a principio de cada año se encuentran muy comúnmente cuestiones como que “*las personas nacidas bajo el signo Piscis son agradables y seguras de sí mismas, luchan por conseguir sus objetivos, y no se dan por vencidos fácilmente*”. No sería nada raro encontrar en cualquier kiosco un librito que nos diga que las personas nacidas en el año un año del caballo, según el horóscopo chino, son impetuosos, suelen emprender tareas que van más allá de sus propias fuerzas, o se llevan mal con los nacidos en un año del mono.

En estos casos las afirmaciones suelen estar cuidadosamente balanceadas para que el resultado final, después de dos desagradables y diez cosas favorables, sea en general positivo para cualquiera que lea, siguiendo de manera muy práctica la viejísima recomendación de que no hay mejor forma de convencer a alguien que decirle justo lo que quiere escuchar. De esta manera, el resultado esperable de la lectura de un horóscopo, o de una sistema de cartas, en que se pueda encontrar una descripción de la personalidad del consultante, nunca es demasiado malo, y nunca deja demasiado disconforme al que lo escucha. Esto hace posible tomar la cosa con humor y no considerarla más que como una manera de pasar un rato agradable.

Completamente distinto, en cambio, es lo que ocurre con las clasificaciones psiquiátricas. A pesar de que la gran mayoría de sus descripciones de trastornos de personalidad no contiene sino indicios banales, de sentido común, o incluso gruesos prejuicios, como el que las personas “no suelen casarse” porque podrían padecer de un trastorno esquizoide, o que las personas desconfiadas podrían padecer de algún grado de trastorno paranoide, el resultado de conjunto es recibido por el que lo escucha con la reverencia debida a lo que, se supone, es un juicio científico y, en prácticamente todos los casos las descripciones son sombrías y desesperanzadoras, puesto que en ningún momento los manuales de diagnóstico se detienen a considerar las posibles ventajas que podrían representar los rasgos de personalidad que se han clasificado a priori como trastornos.

A diferencia del buen humor posible con que uno podría tomar las obviedades y ligerezas livianas del horóscopo chino, no hay absolutamente nada positivo que pueda obtenerse cuando somos medidos a la luz de la clasificación psiquiátrica, salvo el que debemos someternos a una u otra clase de terapia, que, desde luego, los manuales no especifican.

Y no olvidemos que la posibilidad de no tener ninguna de las alteraciones descritas es prácticamente cero. Primero porque todos pasamos temporalmente por estados en que coincidimos con alguna de las caracterizaciones que se han hecho. Segundo porque cuando somos diagnosticados no hay manera de saber si los síntomas que tenemos son permanentes, o se deben simplemente a la época que estamos viviendo en ese momento. Tercero porque fácilmente podemos ser metidos a la fuerza en alguno de esos cuadros clínicos por las personas que nos rodean, las que, incluso con las mejores intenciones, pueden influir decisivamente en el juicio del psiquiatra, sobre todo si se nos niega la capacidad de describirnos de manera confiable a nosotros mismos. Cuarto, porque en el famoso manual no sólo está descrito todo lo que existe, sino incluso lo que no existe, y podemos caer perfectamente, si no coincidimos con casi nada de lo que se dice, en la categoría de “trastornos no especificados de personalidad”, en cuyo caso quedamos completamente entregados al arbitrio de lo que el psiquiatra quiera atribuirnos como un trastorno.

El sistema de clasificación de trastornos psiquiátricos ha sido ampliamente criticado, desde muchas perspectivas teóricas, prácticamente desde su generalización en el oficio psiquiátrico, a través del famoso manual de Emil Kraepelin¹⁷ (1856-1926), del que deriva directamente el DSM. En primer lugar por la extraordinaria amplitud de las categorías, que hacen que prácticamente cualquier comportamiento pueda ser diagnosticado como alteración psiquiátrica. En segundo lugar porque sus categorías no son claramente separables, a pesar de las innumerables ediciones de los manuales que intentan establecerlas, de tal manera que, como se ha mostrado empíricamente muchas veces, un mismo cuadro conductual puede ser diagnosticado de maneras diferentes por diversos psiquiatras. En tercer lugar porque muchos estigmas sociales comunes, que derivan de situaciones de discriminación social, cultural, de género, pueden fácilmente ser traducidos, a través de sus caracterizaciones, en cuadros aparentemente objetivos, determinables científicamente, que requieren intervención aún por sobre la voluntad de los afectados¹⁸.

¹⁷ El *Compendio de Psiquiatría* de Emil Kraepelin fue editado y ampliado nueve veces por su autor, entre 1883 y 1926, llegando a contar con más de 2400 páginas.

¹⁸ Una excelente revisión de las dificultades del sistema de clasificación propuesto por Kraepelin, y de sus derivados, se puede encontrar en Tayla Greene: *The Kraepelinian dichotomy: ¿the twin pillars crumbling?*, en *History of Psychiatry*, Vol. 18, Nº 3, 2007, pág. 361-379. Se pueden ver también, John Mirowsky: *Subjective Boundries and Combinations in Psychiatric Diagnoses*, en *The Journal of Mind and Behavior*, Vol. 11, Nº 3-4, 1990, pág. 407-424; y dos textos de John Reed: *Historia de la Locura y La invención de la “esquizofrenia”* en Read, Mosher y Bentall, ed.: *Modelos de Locura* (2004), Herder, Barcelona, 2006, pág. 11-40

Quizás uno de los desafíos más famosos a la clasificación psiquiátrica es el notable experimento llevado a cabo por David Rosenhan, en 1972¹⁹. Rosenhan reunió un grupo de 8 personas perfectamente sanas, y se presentaron, individualmente, a 12 hospitales psiquiátricos ingleses, alegando oír voces. Cuando los psiquiatras les preguntaban qué era lo que creían escuchar sólo mencionaban tres palabras, “vacío” [empty], “hollow” [hueco], ruido [thud]. Aparte de esto, no presentaban ninguna otra alteración de su conducta habitual. Todos fueron diagnosticados como “enfermos”. En 11 casos se diagnosticó esquizofrenia, y uno, con idéntico comportamiento, como maníaco depresivo. Todos fueron internados, permaneciendo entre 7 y 52 días, con un promedio de 19 días, sin ser detectados como pseudos pacientes por quienes los trataban a pesar de haber dejado toda simulación de síntomas y conducirse de manera perfectamente normal. Curiosamente, 35 de los 118 pacientes con los que convivieron durante ese tiempo sí descubrieron que estaban perfectamente sanos, contra ninguno de los psiquiatras e integrantes del personal auxiliar.

El experimento Rosenhan tuvo aún una divertida prolongación. Dos hospitales, indignados por la publicación de los resultados, desafiaron al equipo del experimento a tratar de repetirlo, para lo cual anunciaron que en un lapso de tres meses estarían atentos a descubrir los pseudos pacientes que les enviaran. Tras este tiempo examinaron 193 personas, entre las cuales encontraron con completa certeza 41 (21%) pacientes falsos, otros 23 (12%) fueron considerados sospechosos al menos por un psiquiatra, y otros 19 (10%) sospechosos a los ojos de un psiquiatra y algún otro miembro del personal a cargo. Un índice de detecciones absolutamente inédito en el historial de dichos establecimientos. El hecho curioso, sin embargo, es que Rosenhan... no había enviado a ninguna persona para ser entrevistada.

En realidad, la objeción científica²⁰ de fondo que se puede formular contra los sistemas de clasificación psiquiátrica no es tanto la notoria arbitrariedad de sus categorías sino el *modelo médico* de “enfermedad” que suponen. La curiosa obstinación con que los psiquiatras que las han redactados mantienen, edición tras edición, categorías como “esquizofrenia”, “paranoia” u otras más vagas, como “trastorno bipolar”, obedece a la creencia en que se trata de cuadros meramente sintomáticos de alteraciones que podrían ser detectadas de manera objetiva, en el nivel neurológico.

Hay que considerar que un *modelo médico de enfermedad* supone que las alteraciones que se consideran indeseables tendrían una base objetiva, biológica, observable de manera independiente de los síntomas, que permitiría un tratamiento directo, curativo. De la misma manera, en virtud de ese conocimiento directo, la caracterización objetiva de la enfermedad permitiría acciones preventivas, también directas, e independientes de los síntomas. Aunque parezca obvio, hay que especificar que esto implica la posibilidad de superar los tratamientos que se limitan meramente a aliviar dichos síntomas, sin producir una curación efectiva.

Así, por ejemplo, en la medicina científica moderna se ha reconocido de manera general que la fiebre no es, por sí misma, una enfermedad, y que su presencia debe ser considerada como un síntoma de causas orgánicas subyacentes. A pesar de que una enfermedad como la tuberculosis pueda ser caracterizada, con fines prácticos, a través de sus síntomas, lo que se espera, como caracterización real

¹⁹ Los resultados fueron publicados en D. L. Rosenhan: *On Being Sane in Insane Places*, *Science*, Vol. 179, 1973, pág. 250-258.

²⁰ Me detengo aquí en una objeción de contenido, o propiamente conceptual. Otras objeciones fundamentales se pueden hacer desde el punto de vista de las metodologías que se emplean en la formulación de categorías psiquiátricas, cuando se las supone como conceptos médicos. Al respecto, una completísima exposición de los métodos adecuados que deben seguirse en una investigación médica, llena de referencias y documentos de apoyo, y casi completamente en castellano, se puede encontrar www.jameslindlibrary.org, un sitio de acceso gratuito, completamente dedicado al tema.

es la especificación del proceso orgánico que está alterado y de los agentes específicos que producen tal alteración, en este caso, una bacteria que produce una grave alteración orgánica y fisiológica en los pulmones. Tratar sólo los síntomas, dado este conocimiento, sería no propiciar la curación efectiva, con el peligro incluso de agravar el cuadro clínico de fondo.

Pero, justamente, son todos y cada uno de estos supuestos los que fallan en las llamadas “enfermedades mentales”, y en el sistema de clasificación que las establece. Como hemos visto en la sección anterior no se ha podido establecer de manera confiable relaciones específicas entre estados del sistema nervioso, en que estaría el origen de las presuntas enfermedades mentales, y los cuadros sintomáticos que las clasificaciones psiquiátricas han establecido... guiándose meramente por los síntomas exteriores, en el comportamiento.

Con esto, toda la lógica del concepto médico falla. Los diagnósticos no logran pasar de la caracterización de los síntomas. Las supuestas enfermedades no son tratadas a partir de sus supuestas causas objetivas, sino sólo procurando aliviar esos síntomas. No se pueden formular políticas preventivas específicas. Ni se pueden establecer criterios de curación más allá de la anulación, que podría ser aparente, de las manifestaciones sintomáticas. Y, lo peor: que queda abierta la posibilidad, que ya hemos señalado, de que los tratamientos indicados empeoren la eventual causa de la alteración, cosa que sabe perfectamente cualquiera que trate de curar la tuberculosis... administrando paños fríos para bajar la fiebre...

A pesar de esta objeción contundente, la práctica histórica de los clasificadores se ha empeinado en la formulación y reformulación de las principales categorías, una y otra vez, cambiando sus características, o los criterios de evidencia para el diagnóstico de una edición de los principales manuales a otra, con la esperanza de poder por fin, en algún momento incierto, correlacionarlos de manera definida con afecciones neurológicas definidas.

De esta manera, cada nueva técnica que se introduce para examinar los procesos neurológicos va acompañada de una nueva oleada de “objetividad”, y de un repunte del espíritu de Kraepelin. Ocurrió con los exámenes basados en la Resonancia Magnética Nuclear, con los exámenes de Tomografía de Positrones, como antes con el Electroencefalograma. Se tiende a olvidar, sin embargo, que repuntes parecidos habían ocurrido ya con el descubrimiento de las hormonas, del código genético, e incluso de los antibióticos... y las vitaminas.

Que el espíritu está plenamente vigente, y mantiene su fuerza, lo muestra la existencia de una corriente de psiquiatras neo-kraepelinianos, desde los años 80²¹. En ella tanto los análisis estadísticos más refinados, como la apelación al fondo neurológico, apoyan explícitamente la idea de que habría desordenes neurológicos claramente especificables, que serían la base objetiva de lo que la clasificación recoge por el lado de la sintomatología en el comportamiento.

Un ejemplo de esta persistencia puede verse claramente en los múltiples intentos por encontrar un origen objetivo para los comportamientos que se encuadran bajo la categoría famosa de “esquizofrenia”. A lo largo de un siglo se han hecho estudios que la han tratado de correlacionar con un sin número de variables que podrían ofrecer pistas sobre su origen objetivo. Entre estas se cuenta estudios que la correlacionan con el grupo sanguíneo, la estación del año en que se nació, la homosexualidad, ciertos trastornos en las caderas, el olfato, la masturbación, los tatuajes, ciertas alergias²².

²¹ Su texto de batalla, ya clásico, es el de R. K. Blashfield: *The Classification of Psychopathology: Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches* (1984), Plenum Press, Nueva Cork, 1984.

²² Todas estas investigaciones son citadas por John Reed, en Reed, Mosher y Bentall, ed.: *Modelos de Locura* (2004),

En cualquier otra ciencia los reiterados fracasos en el intento de correlacionar alguna variable fenoménica que parezca interesante con algún estado subyacente que la explique habrían conducido, de manera simple y llana, al abandono de tal categoría, aunque parezca atractiva. La historia de la ciencia ha visto pasar al archivo de ideas prometedoras pero fracasadas a los epiciclos de Ptolomeo, a la teoría de los humores, al flogisto, al calórico y al éter, sin conmociones demasiado grandes, y sin empecinamientos que no puedan ser superados por algún cambio eficaz en el programa de investigación de cada disciplina.

La psiquiatría del siglo XX, imperante hasta hoy, sin embargo, no conoce tal prudencia, ni ofrece modelo alguno de parsimonia. Las categorías se mantienen a pesar de los cambios en los criterios diagnósticos, o la carencia de una base orgánica que las explique. Los diagnósticos mantienen su carácter imperativo, y los afectados siguen siendo sometidos a ellos, a pesar de la acumulación de evidencias problemáticas.

Los alardes de objetividad de los manuales de clasificación psiquiátrica pueden ser puestos en problemas, sin embargo, aún desde otra perspectiva: son curiosamente susceptibles ante presiones sociales.

El caso de la homosexualidad es el que se puede seguir con más claridad. La primera edición del DSM, en 1952, menciona la homosexualidad entre las llamadas “alteraciones psicopáticas de la personalidad”, es decir, alteraciones que, a pesar de la existencia de una patología profunda que las causaba, no siempre eran acompañadas por ansiedad subjetiva por parte de quienes la padecían. Por supuesto, esta clasificación permitía la intervención médica sobre los homosexuales aún contra su voluntad, en la medida en que declaraba expresamente su carácter patológico, aún si era aceptada o practicada sin ansiedad por el “enfermo”.

En el DSM-II, publicado en 1968, sin embargo, el mismo cuadro diagnóstico, casi sin variación, fue trasladado a la sección de “otras alteraciones mentales no psicóticas”. Categoría en que era acompañada por el fetichismo, la pedofilia, el travestismo, el exhibicionismo, voyeurismo, el sadismo y el masoquismo.

Ocurrió entonces que las comunidades homosexuales en Estados Unidos organizaron protestas, tanto por la mantención del estigma “alteración mental” como por la compañía de otras conductas que podían o no asociarse a las prácticas homosexuales y que, de manera bastante evidente, las hacían aparecer en un contexto más bien moral que objetivamente científico. Las protestas fueron amplias, masivas, y de gran connotación pública. Esto hizo que la Asociación Americana de Psiquiatría, responsable de la publicación del DSM, invitara a sus dirigentes a una ronda de debates cuyo resultado fue un histórico pronunciamiento, el 15 de diciembre de 1973, en que su Comité Directivo aprobó, por 13 votos a favor y 2 abstenciones, suprimir la homosexualidad como categoría diagnóstica, y reemplazarla por la de “alteraciones de la orientación sexual”, donde se podía ubicar a personas *“cuyos intereses sexuales están dirigidos principalmente a personas de su mismo sexo y que se sienten molestas por, o en conflicto con, o desean cambiar su orientación sexual. Esta categoría se distingue de la homosexualidad, la cual de por sí no constituye una alteración psiquiátrica”*.

Pero el problema siguió: desde el mismo día en que esta resolución fue publicada, muchos psiquiatras connotados protestaron enérgicamente, produciendo un arduo debate, en el gremio, entre partidarios y detractores. Esto llevó a que la APA llamara a un referéndum sobre el tema. Más de

Herder, Barcelona, 2006, pág. 60, con sus respectivas referencias. Es importante advertir que, en todos los casos, se trata de investigaciones posteriores a 1970, la mayoría en torno al año 2000. Es decir, no de casos extravagantes del siglo XIX, como la frenología o la medición del peso del cerebro como índice de la inteligencia, sino de muestras de lo que hoy en día se consideran investigaciones perfectamente respetables y científicas.

10.000 psiquiatras manifestaron su opinión. El 58% se mostró favorable a la resolución del Comité Directivo, el 37% en contra. Con esto el debate logró un hito curioso e impresionante en la historia de la ciencia: una decisión científica, sobre un asunto presuntamente objetivo... fue decidida por mayoría, en un acto democrático...

La resolución de 1973 del Comité Directivo de la APA sobre la homosexualidad contemplaba un documento anexo que puede explicar una buena parte del acalorado debate que la siguió. En él recomendaban a las autoridades la despenalización de la práctica homosexual consentidas privada, y se oponían a la discriminación contra homosexuales y lesbianas. En esto se encuentra, quizás, el fondo de la cuestión.

Las clasificaciones psiquiátricas pueden ser usadas judicialmente. Cada vez que un juez pide el juicio de un experto para decidir sobre agravantes o atenuantes subjetivos de una situación en que, eventualmente, se ha cometido un delito, apela a un psiquiatra. Si consideramos que, a pesar de las irregularidades que comentamos, prácticamente nadie duda de la calidad de expertos del gremio de los psiquiatras, encontramos entonces que los ciudadanos están completamente expuestos a la irracionalidad posible, y al abuso, y que, a diferencia de los sistemas de horóscopos más inocentes, en este caso prácticamente nadie estaría dispuesto a entrar en nuestra defensa, incluso hasta el grado de que todo el mundo diría simplemente que se nos ha mandado al psiquiatra por nuestro bien.

El problema tiene un alcance general. La ciencia crea obligatoriedad civil cada vez que se erige como un poder experto al que el poder acude para decidir o legitimar lo que le interesa. Las ciencias sociales, según los propios científicos sociales, están siempre abiertas al cambio, y nada en el saber que han logrado puede considerarse definitivo o absoluto. Si es así, si todas las teorías sociales se consideran a sí mismas como imperfectas y susceptibles de ser completadas, entonces nunca se deberían aplicar a los ciudadanos sin su expreso consentimiento. Nunca un ciudadano debería ser obligado a hacer algo en virtud de una teoría que no se considera completa, y de la que se reconoce que eventualmente podría ser falsa.

Tratándose de situaciones que se prestan a duda, y tratándose de los intereses y derechos de los ciudadanos, nada de lo que la ciencia social establece sobre las personas se debería considerar obligatorio. Nadie debería tener derecho a obligar a otra persona judicialmente a ir a terapia, o a internarse en un hospital psiquiátrico, o a ser sujeto de un experimento.

Cuando consideramos el caso de la intervención psiquiátrica, el escepticismo respecto de la prepotencia científica es quizás más urgente que el dirigido contra la superstición, en la medida en que a nadie pueden obligarlo a seguir una superstición, y sí pueden obligarlo en cambio a someterse a las consecuencias de teorías que no son seguras, ni pueden ser establecidas sin duda alguna. Nadie puede ser obligado a seguir una superstición, claro, a menos que esa superstición tenga el título de una ciencia.

4. Terapia circular y placebos terapéuticos

Parece que a Emma Eckstein le salía sangre de la nariz cuando era niña²³. A lo mejor no era muy

²³ El caso de Emma Eckstein se puede seguir a través de la correspondencia entre Sigmund Freud y Wilhelm Fliess, editadas por Jeffrey M. Masson: *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess*, Harvard University Press, Harvard, 1985. Masson desarrolló un alegato contra el psicoanálisis a partir de éste y otros casos similares en que la actitud de Freud parece alejarse notoriamente del más elemental sentido común, en Jeffrey Moussaieff Masson: *The assault on truth, Freud's supresión of the seduction theory* (1984), Pocket Books, Nueva Cork, 1998. En una versión resumida y divertida, el caso es expuesto por Martin Gardner en su artículo *Freud, Fliess y la nariz de Emma*, que se puede encontrar en la antología *La nueva era*, Alianza, Madrid, 1990.

frecuente, y es probable que le saliera sangre por las mismas razones que a todas las niñas. El asunto es que mucho tiempo después, cuando tenía 27 años, y ya estaba un poco enojada con él, se lo contó a Sigmund Freud, que estaba en ese entonces recién inventando el psicoanálisis. Por razones que son bastante complicadas explicar Freud consideró que ese relato confirmaba su sospecha de que Emma padecía de histeria. Después de conversarlo con ella repetidas veces la enojada Emma decidió no ir más a la consulta de Freud, y le sugirió incluso que iba a iniciar una demanda legal por los daños y perjuicios que el tratamiento psicoanalítico le había causado²⁴.

Esto ocurrió en 1895, cuando Freud recién estaba iniciando el desarrollo de sus ideas en torno a la histeria y las comentaba muy frecuentemente a través de extensas cartas que se escribía con su amigo Wilhelm Fliess (1858-1928), que vivía en Berlín. Este Wilhelm Fliess, que tuvo una considerable importancia en el proceso por el cual Freud llegó a formular su teoría psicoanalítica, era un tipo bastante singular. Entre sus muchas ideas brillantes estaba la de que todos los procesos que afectan la vida de las personas se relacionaban con dos ciclos, uno masculino, de 23 días, y otro femenino de 28 días. La alternancia de estos ciclos, al que se le ha agregado posteriormente un tercero, es la base de lo que hoy se llama bioritmo. Una curiosa manera de saber en qué estado anímico está uno que incluso puede programarse en una calculadora de bolsillo. En su correspondencia Freud considera seriamente esta posibilidad, y más de una vez comenta su temor de morir a los 51 años, que es la suma de 23 más 28, cuando se completaran sus dos ciclos, contados ahora en años. Demás está decir que Freud murió efectivamente a los 83 años, errando su cálculo inicial, para felicidad de los psicoanalistas, nada menos que por 32 años.

Entre las muchas ocurrencias de Fliess, sin embargo, la que estuvo a punto de causarle un mal rato a Sigmund Freud, fue la de que todas las neurosis y afecciones que tiene que ver con la sexualidad están relacionadas con la nariz. Fliess tenía una detallada teoría de las maneras en que los distintos componentes físicos de la nariz, aumentados o disminuidos, desviados o retraídos, podían causar anormalidades sexuales, y cuadros de histeria. Cuando Freud le contó a Fliess que Emma, en ciertas circunstancias difíciles, sangraba por la nariz, Fliess estuvo encantado, y sugirió que lo que había que hacer era operarla, extraerle un pequeño huesito, y sus males pasarían por completo.

Freud, que consideraba muy seriamente todas las ideas de su amigo, y que incluso había dejado que Fliess le operara su propia nariz varias veces, aceptó entusiasmado la sugerencia. Fliess viajó especialmente de Berlín a Viena, después de viajar en tren toda la noche la operó de la nariz, y ese mismo día volvió a Berlín, donde trabajaba.

El asunto de la nariz de Emma se pierde por varias semanas en la correspondencia de Freud y Fliess, que fue publicada recién en forma completa en 1985, por Jeffrey Masson, después de casi cincuenta años, en que el Archivo Freud sólo había aceptado publicar fragmentos escogidos, censurando el resto. Las cartas van y vienen, siguen normalmente, hasta que de pronto Freud, algo alarmado, le cuenta a Fliess que Emma ha decidido retirarse de la terapia algo violentamente, e incluso ha amenazado con demandarlo.

¿Qué había ocurrido? Ocurrió que después de la operación Emma volvió a sangrar profusamente de la nariz. No una vez sino varias, no un poco sino abundantemente. ¿Es que acaso la operación había agravado su histeria? Freud y Fliess discutieron seriamente esa posibilidad, y especularon que quizás no le habían sacado el huesito correcto. El problema es que Emma seguía sangrando cada vez más,

²⁴ En este apartado hago una serie de críticas contra el *uso clínico* del psicoanálisis. Como puede verse en otros capítulos de este libro definiendo, en cambio, su utilidad *como filosofía sobre la condición humana*. Esta diferencia supone dos tesis, que es necesario especificar, y que comparto. Una: que el *uso clínico* del psicoanálisis no se sigue de manera necesaria de la concepción general elaborada por Freud. Otra: que tampoco es un fundamento empírico que obligue a aceptar o rechazar esa concepción general. Es la idea de esta *independencia lógica* entre un ámbito y el otro, con la que desde luego Freud mismo no estaría de acuerdo, la que me permite criticar uno y defender el otro.

hasta el punto que de pronto se desmayó, muy debilitada, y hubo que llevarla al médico para ver qué le pasaba.

El mismo Freud le cuenta a su amigo en otra carta cuál era el problema. “*Hemos cometido una injusticia con ella*”, le escribió, “*(la hemorragia) no era anormal en absoluto, más bien se debía a que un trozo de gasa yodada se rompió mientras se la retirabas, y permaneció allí (en la nariz de Emma) durante catorce días, impidiendo la curación...*”. Emma sobrevivió a la operación y tuvo que vivir el resto de su vida con la cara deformada porque el hueso que Fliess le retiró le provocó un hundimiento de ese lado de la nariz.

A pesar de su enojo siguió yendo a ver a Freud por un tiempo, durante el cual le contó que efectivamente cuando era niña a veces le salía sangre de nariz. Freud, que al principio había retado a Fliess por su negligencia, llegó con este antecedente a una conclusión que en su opinión era más estricta y rigurosa. Un año después del incidente, y a propósito de que Emma había abandonado la terapia, le escribió a Fliess “*he llegado a una explicación completamente sorprendente de las hemorragias de Emma que te dará mucho placer... [tal como tú decías] sus episodios hemorrágicos eran histéricos, [y] estaban ocasionados por un deseo intenso, y probablemente tenían lugar en sus momentos trascendentes desde un punto de vista sexual*”. “*Por lo que se refiere a la sangre*”, le dice en esa misma carta a Fliess, “*estás completamente liberado de culpa*”.

Emma era una histérica, Freud sabía perfectamente que sus amenazas de demandarlo no eran sino síntomas de un problema más profundo. El psicoanálisis se había salvado de algo que parecía ser un grave error médico. El cliente, en este caso, no tenía la razón.

¿Era Emma una histérica?, ¿eran sus sangramientos de nariz en realidad síntomas histéricos?, ¿podía curarla de su histeria la operación a la nariz que le hizo Wilhelm Fliess?, o quizás sólo podían curarla las sesiones de psicoanálisis a las que se negó a seguir yendo después que quedó con su cara deformada.

El psicoanálisis es una de las creencias más populares del siglo XX, bajo su nombre se han inventado toda clase de terapias, y sus ideas han llegado a inundar ampliamente nuestro sentido común. Neurótico, acomplejado, histérico, edípico son nociones que han llegado a usarse como calificativos, o incluso insultos comunes. La idea de que la sexualidad tiene un papel central hasta en nuestras más mínimas conductas se ha vuelto un lugar común, tanto entre los que la aceptan como entre los que preferirían que fuese falsa. La idea de que las terapias psicoanalíticas pueden ayudar a superar una enorme variedad de síntomas, o a tratar múltiples rasgos de personalidad, también se ha hecho común. Los fundamentos de estas creencias, o los extremos curiosos a los que han sido llevados por el gremio de los psicoanalistas siempre han quedado, sin embargo, en una difusa nebulosa.

A veces se tiene una sensación de exageración manifiesta, o de pruebas insuficientes, como cuando el doctor Freud se embarca a psicoanalizar el miedo que Juanito²⁵ le tiene a los caballos sin ni siquiera conversar con Juanito, comentando este miedo con el padre del niño, para llegar a la conclusión espectacular de que en realidad lo que le pasa a Juanito es que tiene miedo que su papá le corte los genitales.

Este miedo a la castración, que todo niño tendría, llegó a ocupar un papel bastante importante en la teoría de Freud, y uno no puede menos que pensar que un rasgo tan relevante de la vida psíquica no puede ser descubierto a través del análisis de un único caso. Pero eso es lo que hizo Freud. A partir de

²⁵ Herbert Graf, que aparece en el texto de Freud como Hans, pseudónimo que, a su vez se ha traducido al castellano como Juanito, tenía un padre que, según Freud, “*se identificaba con mis [sus] teorías*”. Debido a esto observó a su hijo con criterio de psicoanalista, y tomó notas de sus observaciones. Freud psicoanalizó esas notas... no a Juanito, y a partir de ellas publicó, en 1909, el texto *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso Juanito)*. Se puede encontrar en Volumen X de las *Obras Completas de Sigmund Freud*, publicadas por Amorrortu, Buenos Aires, 1980.

un único caso llegó a una conclusión bastante extraordinaria: nuestras vidas psíquicas están determinadas por el miedo que todos sentimos de perder nuestros genitales a manos de nuestros padres. Por supuesto todos los casos que examinó después de una conclusión tan extraordinaria tenían ahora esta característica. Freud era particularmente sensible para ver lo que previamente había decidido que había que ver. Tal como la histeria de Emma, el miedo a la castración de Juanito le pareció un hecho irrefutable.

Desde luego, se podría pensar que lo único que le pasaba a Juanito era que les tenía miedo a los caballos que, después de todo, pueden ser seres impresionantes desde el punto de vista de un niño. Desgraciadamente, sin embargo, cuando uno cree eso queda, uno mismo, bajo sospecha. ¿Por qué podríamos negarnos a estar de acuerdo con la idea de que la vida mental está condicionada por el miedo a la castración? La respuesta freudiana es muy simple: porque el miedo que le tenemos es tan grande que nos negamos a reconocerlo. De la misma manera ¿por qué Emma niega ser una histérica, y cree en cambio que sus desgracias se deben más bien a Freud que a ella misma? Muy simple: porque es una histérica.

Un argumento mínimo se podría levantar contra la idea de la universalidad del miedo a la castración: ¿sienten también las mujeres el miedo primitivo e inconsciente de que les corten los genitales? Aunque en principio una operación semejante sea posible, la verdad es que de manera muy obvia el miedo a la castración tiene que ver con los genitales masculinos, que se prestan un poco mejor para ser cortados. Pero entonces ¿qué ocurre con la formación de la vida mental de las mujeres?, ¿no sigue los mismos principios que la de los hombres? La respuesta de Freud es verdaderamente genial: sí, sigue en lo esencial los mismos principios, porque ocurre que inconscientemente la vida mental de las mujeres está determinada por la *envidia del pene* que no tienen²⁶.

Por supuesto es inútil buscar en la obra de Freud las detalladas investigaciones que hizo para enterarse que la vida mental de la mujer está condicionada por la envidia del pene. En este caso, como en la mayoría, las evidencias clínicas que presenta aparecen de pronto en uno o dos casos y luego empieza a ver sus conclusiones cumplidas en todos los casos siguientes, haciendo vericuetos verdaderamente ingeniosos cada vez que las evidencias no se ajustan a sus dictámenes. Como se sabe, el recurso más usado, es que los pacientes no reconocen lo que les pasa porque lo han reprimido, y lo mantienen sólo de manera inconsciente. Pero si el que no ve lo que Freud ve no es un paciente, sino otra persona cualquiera, Freud no duda en aplicar la misma receta. Esa otra persona también está afectada por la represión, y eso le impide ver o reconocer lo que ocurre.

No se puede negar que este es un tipo de argumento ingenioso: estás sano si estás de acuerdo con la teoría que tengo acerca de en qué consiste estar sano, si no estás de acuerdo se debe a que no estás sano, y por eso te niegas a reconocerlo. Por esta vía uno podría sacarse de encima cualquier crítica. El problema nunca está en la crítica, siempre está en el que critica, es a él al que le pasa algo que ni siquiera puede reconocer. Algo que, por supuesto, yo sí puedo ver, porque tengo una teoría correcta al respecto. ¿Cómo se puede discutir con una teoría así? Simplemente no hay manera. Cualquiera que

²⁶ La notable y curiosa idea freudiana de *envidia del pene* se puede encontrar en varios de sus textos. Particularmente en *Introducción al Narcisismo* (1914), en el Volumen XIV de *Obras Completas de Sigmund Freud*, publicadas por Amorrortu, Buenos Aires, 1980. Críticas ahora clásicas a esta idea se pueden encontrar en Simona de Beauvoir: *El segundo Sexo* (1949), Siglo Veinte, Buenos Aires, 1970. Una defensa, desde una perspectiva también feminista que, sin embargo, simpatiza con sus ideas, se puede encontrar en Juliet Mitchell: *Psicoanálisis y Feminismo: Freud, Reich, Laing y las mujeres* (1974), Anagrama, Barcelona, 1982. Su estrategia argumental, muy freudiana, consiste en suponer que cuando Freud habla de envidia del pene... lo hace de manera metafórica.

sea el argumento que se dirija en contra de las teorías psicoanalíticas siempre queda bajo la sospecha de que algo ocurre con la vida mental del que lo formula, y la teoría psicoanalítica se salva.

¿Pueden los acomplejados opinar sobre psicoanálisis? El problema que hay implicado en esta pregunta es bastante general. Aunque pueda parecer una alusión demasiado directa a la política nacional, podríamos preguntarnos, de la misma manera, si un asesino puede lamentar y condenar los asesinatos. Desde un punto de vista lógico en realidad sí puede, y puede ser muy sincero al hacerlo. Es claro que lo primero que uno haría sería decirle cómo puede ser tan cara dura como para condenar los asesinatos si él mismo los cometió, o estuvo implicado. Pero entonces nuestro asesino podría decir dos clases de cosas que dan que pensar. Una es que simplemente diga que a pesar de haber matado a alguien él cree que no hay que matar, que lo que él mismo hizo está mal, y que nadie debería hacerlo. Otra, en cambio, es negar que él sea un asesino, y sostener que él está contra todos los asesinos.

Este segundo caso es interesante. Alguien dice que está en contra del crimen, y nosotros no le creemos porque decimos que él mismo es un criminal. Muy bien, si es cierto que es un criminal entonces estamos en el derecho de no creerle. Pero si lo que ocurre es que nosotros estamos equivocados, si resulta que realmente no ha cometido crimen alguno, entonces no sólo es perfectamente posible que esté diciendo la verdad, sino que además al no creerle estamos cometiendo una doble injusticia. Primero, porque decimos que es un criminal y en realidad no lo es, y segundo porque no creemos en lo que dice, a pesar de que es inocente.

Considerando lo que ha llegado a significar la palabra *acomplejado* en la cultura común, el ejemplo puede servirnos perfectamente. Alguien sostiene que no cree que Freud tenga razón, que en realidad el sexo no cumpla ninguna función tan importante en nuestras vidas, que no cree, en particular que él mismo sea un histérico o un neurótico, ¿cuál sería la respuesta psicoanalítica común?: lo que pasa es que él mismo tiene problemas, y por razones psicológicas los niega. Pero, ¿quién dice que él tenga problemas?, el psicoanálisis. Entonces el valor de su opinión es juzgado por la misma teoría que él está criticando.

Quizás, si es que las teorías psicoanalíticas son ciertas, sea cierto que en realidad es el crítico el que tiene problemas. Pero ¿qué ocurriría si las teorías psicoanalíticas fuesen falsas?, entonces estaríamos cometiendo una doble injusticia: una porque estamos diciendo que su vida mental está alterada sobre la base de una teoría que no es cierta, otra, porque sobre esa misma base nos hemos negado a considerar su opinión como una opinión válida y posible.

En realidad nunca es posible discutir con una teoría que descalifica a sus críticos basándose en ella misma como teoría. Y si nunca es posible discutir con esa teoría entonces nunca es posible ponerla realmente a prueba, para saber si es cierta o no. Cada vez que la teoría parezca no cumplirse se podrá, usando a la misma teoría, atribuir esa apariencia a las dificultades mentales inconscientes que tiene el que la está criticando.

Se ha dicho, a propósito de esto, que en realidad los psicoanalistas nunca discuten entre sí: simplemente se psicoanalizan unos a otros. Quizás el ejemplo más notable de esta costumbre sea el del eternamente incomprendido Wilhelm Reich²⁷. Reich le pidió a Freud que lo psicoanalizara. Freud, que no estaba para meterse en líos, se negó a hacerlo. Reich escribió entonces un libro psicoanalizando a Freud para explicar porqué se había negado. Por supuesto, según Reich el problema de Freud era sexual: Reich le recordaba ciertas experiencias homosexuales que Freud no quería recordar. Si se examinan los argumentos de Reich en realidad están bastante bien elaborados, porque

²⁷ El asunto, relatado por el mismo Reich, se puede leer en Wilhelm Reich: *Reich habla de Freud*, publicado en Anagrama, Barcelona, 1970.

ocurre que él era en realidad en esa época un buen y agudo psicoanalista. El único problema, sin embargo, es que sus argumentos serían válidos sólo si el psicoanálisis fuese verdadero. Y eso es una cuestión que un escéptico no puede dar por probada sólo a partir de la palabra de Freud, o de las descalificaciones del tipo de las que hace Reich en su libro.

¿No será que los escépticos son unos acomplejados? Muy bien, eso podría ser cierto si logramos establecer que el psicoanálisis es verdadero. Pero si nunca llegamos a discutir sobre su validez, porque cada vez que lo hacemos resulta que somos unos acomplejados, entonces nunca vamos a saber ninguna de las dos cosas: ni si es cierto que somos acomplejados, ni si es cierto que la teoría que nos dice eso es confiable.

A lo largo de este siglo se ha levantado toda una cultura en torno a palabras como acomplejado, neurótico o histérico. Pero ocurre que la teoría que les dio origen nunca puede ser discutida de manera independiente, a través de argumentos que no recaigan tautológicamente en la misma teoría. Hemos aprendido a estigmatizar a las personas que nos rodean, nos hemos resignado a la autoridad de terapeutas que se niegan a discutir sus supuestos, y que, en cualquier caso, le niegan a sus pacientes la capacidad y el ánimo adecuado para hacerlo.

En todos estos casos los derechos de los ciudadanos han sido afectados. El derecho a ser considerados adultos y autónomos, el derecho a que sus opiniones sean consideradas sin estigmas teóricos previos, el derecho a dirigir nuestras vidas sin ser calificados por teorías que no pueden ser discutidas racionalmente. Y en todos estos casos se ha convertido en parte de nuestro sentido común el que en realidad, ante el psicoanálisis, no tenemos, o no somos capaces de ejercer esos derechos.

Por si todavía faltaran argumentos para decir que el psicoanálisis en su uso clínico es una teoría perfectamente circular, consideremos lo que se suele llamar *reacción terapéutica negativa*²⁸.

Ocurre que Freud se encontró con que sus pacientes, a veces, justamente cuando el análisis parecía estar avanzando hacia una eventual mejoría, empeoraban considerablemente sus síntomas. En otra de sus ocurrencias brillantes llegó a la conclusión de que lo que ocurría era que había pacientes que parecían preferir el sufrimiento a la curación, y atribuyó esto a “un sentimiento de culpabilidad inconsciente inherente a ciertas estructuras [psíquicas] masoquistas”²⁹. Pero ¿cómo distinguir esta situación de una simple serie de errores en el curso del tratamiento, que afectan al paciente? Ocurre que si el psicoanalista es particularmente torpe el paciente podría agravar sus síntomas, a pesar de haber mejorado antes de manera relativa. Pero, si el paciente tiene una “estructura masoquista”, pasaría exactamente lo mismo. ¿Cómo distinguir una situación empírica de la otra? ¿Quién establece la diferencia? ¿El mismo psicoanalista?

Hay que notar que, según la lógica de la misma teoría psicoanalítica, es perfectamente posible la situación contraria que, esta vez, es calificada como *transferencia positiva*: un paciente muestra progresos repentinos, una singular simpatía por su analista (al que se supone que tiene que repudiar, por la asociación inconsciente con la figura del padre), una mejora relativa en sus expresiones sintomáticas. Esto podría mostrar una repentina mejoría en la eficacia del tratamiento, debida quizás a la habilidad del analista. Pero, desgraciadamente, también podría resultar sólo una de las formas de resistencia al enfrentamiento de los problemas que lo aquejan. Al presentar una aparente mejoría de los síntomas el paciente elude o resiste un avance real en la curación. Freud casi siempre supuso que

²⁸ Freud describió este problema en *El Yo y el Ello* (1923). Se puede encontrar en el Volumen XIX de *Obras Completas de Sigmund Freud*, publicadas por Amorrortu, Buenos Aires, 1980.

²⁹ Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis: *Diccionario de Psicoanálisis* (1967), pág. 350, Paidós, Buenos Aires, 1996

en esos casos sólo se trataba de una apariencia, y que estaba en presencia sólo de una resistencia al análisis.

Muy bien, pero ¿cómo saber si el paciente realmente se está mejorando o sólo está resistiendo a explorar sus problemas más profundos?, ¿cómo saber, por otro lado, si el paciente tiene una estructura masoquista o es simplemente que el analista se está equivocando? La verdad es que no hay manera de saberlo. Ni en la teoría, ni en la práctica, los psicoanalistas han formulado alguna idea para distinguir, en ambos casos, entre pares de situaciones que difieren de manera evidente en su significado posible.

Cuando se examina el problema en sus consecuencias prácticas, resulta que sólo el psicoanalista puede decidir cuando un paciente puede realmente ser dado de alta, nunca el paciente por sí mismo. Por supuesto que cualquier paciente se puede retirar de la terapia en el momento en que quiera. Otra cosa, sin embargo, es que uno pueda demostrarle al psicoanalista que fue realmente porque uno quería, y no por temor, o por los mismos problemas que se estaban tratando. La verdad es que si uno se mete a psicoanálisis no puede salir de él legítimamente hasta que al psicoanalista se le ocurra, y nunca quedará verdaderamente claro cuales fueron las razones, ni porqué ese era el momento adecuado para terminar y no cualquier otro.

En la misma teoría psicoanalítica, sin embargo, el problema se complica todavía más con la noción de *contra transferencia*³⁰. Los psicoanalistas están dispuestos a aceptar que no sólo el paciente proyecta sobre el psicoanalista sus problemas, viéndolo como una figura agresiva, o paternal, o condescendiente, o inhibidora, según sus propias fantasías, independientemente de lo que el terapeuta haga, sino que también puede ocurrir que el mismo psicoanalista proyecte sobre el paciente sus propios conflictos. Si además ocurre que estas proyecciones sobre el paciente son inconscientes entonces sí que estamos verdaderamente atrapados. No sólo será inútil cualquier argumento que demos en contra del terapeuta porque nosotros podríamos ser el origen real del problema, sino que también ocurriría que el propio psicoanalista tampoco podría aceptar lo que le digamos en virtud de sus propias disposiciones inconscientes.

En la práctica psicoanalítica se intenta prevenir este efecto indeseable a través de la supervisión, es decir, haciendo que el terapeuta a su vez consulte con otro terapeuta sobre los casos que está tratando, para tener una opinión independiente que prevenga de alguien que no esté transfiriendo sus propios problemas sobre el paciente. Por supuesto esto no hace sino enredar aún más el problema porque, desde luego, nada asegura que este nuevo terapeuta no tenga también la misma clase de problemas que el primero hacia ese tipo de pacientes, y nada asegura, por supuesto, que el psicoanalista acepte las sugerencias de su supervisor sin resistir también a ellas, como ha resistido ante el paciente.

Pero el gremio de los psicoanalistas argumenta que también hay otra forma de prevenir el efecto negativo de estas *contra transferencias*, que sería el que cada psicoanalista ha sido a su vez psicoanalizado, como ejercicio de conocimiento de sí y para que conozca por propia experiencia las técnicas que usará luego. Pero esto no es sino un nuevo razonamiento circular, porque en realidad nada asegura que en ese psicoanálisis de tipo didáctico el futuro terapeuta haya realmente superado los problemas que podrían llevarlo a proyectar sus problemas sobre sus pacientes. Y, peor aún, tampoco podría saber si realmente proyecta o no, porque estas cosas ocurren, según la teoría, de manera

³⁰ Es notable que Freud se haya referido muy pocas veces a este fenómeno, que él mismo reconoció. Incluso, en su texto *Sobre el psicoanálisis "silvestre"* (1910), prefiere atribuir las consecuencias negativas de un tratamiento hecho a una paciente a errores de un mal analista, que no tenía, según él, la preparación adecuada para llevar adelante un análisis exitoso. La preocupación por los efectos clínicos de este fenómeno se desarrolló completamente después de Freud. Es importante notar que, desde un punto de vista empírico, como lo fundamental del análisis ocurre en el nivel inconsciente, no es posible distinguir entre alguien que ha cumplido con todos los requisitos del análisis didáctico, pero se equivoca por efecto de la contra transferencia, y un "analista con poca preparación". Los efectos sobre el paciente serán los mismos.

inconsciente.

El resultado general de todos estos enredos es que cuando alguien acepta someterse a psicoanálisis acepta de hecho en realidad renunciar a la autonomía posible de sus opiniones y su propia percepción de sus problemas para quedar entregado a una teoría que ni puede ser discutida racionalmente, ni puede asegurar la corrección y el examen independiente de las acciones a que el terapeuta lo someta. Un riesgo que las personas razonables sólo llegan a aceptar porque hay toda una cultura que lo respalda, porque los psicoanalistas se han convertido en un gremio poderoso, que parece manejar un saber que el común de la gente no tiene, y porque una vez que uno ha aceptado la lógica inicial no hay manera de salir legítimamente de ella sin ser estigmatizado de una u otra manera.

Karl Krauss, un notable escritor, contemporáneo de Freud, resumió estos círculos argumentales de la siguiente manera: *el psicoanálisis clínico es una enfermedad que se confunde a sí misma con la curación.*

El carácter científico del psicoanálisis, proclamado una y otra vez por el propio Freud, ha sido motivo de controversias desde hace décadas. La postura de Karl Popper es que se trata de una teoría que no puede ser falseada, es decir, en la que no es posible establecer ninguna situación empírica que, eventualmente, mostraría que es falsa. O, de otra manera, una teoría cerrada, que tiene respuestas para cualquier crítica reduciéndolas a sus propios términos y que, por lo tanto, no puede ser discutida racionalmente. Adolf Grünbaum³¹, en cambio, cree que el psicoanálisis no sólo es efectivamente falsable, de acuerdo a los criterios de Popper, sino que, además, ha sido contundentemente falseado por la experiencia. Ambos hacen sus críticas, sin embargo, deteniéndose más bien en la lógica de los razonamientos freudianos que en los resultados empíricos de sus aplicaciones.

Un detallado estudio empírico de las principales tesis clínicas de Freud fue llevado a cabo por Seymour Fisher y Roger P. Greenberg³² durante los años 70, con resultados más bien melancólicos: si bien algunas hipótesis freudianas particulares son razonables, y pueden contribuir a un estudio de la personalidad, otras no logran pasar los criterios de la validación científica, y deberían ser revisadas. En todo caso, declaran, sus investigaciones no permiten validar de manera plena la eficacia de las diversas terapias psicoanalíticas, cuyos resultados aparecen como altamente variables, y sensibles a las condiciones de entorno en que son llevados a cabo.

En los últimos años la propia Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), con sede en Londres, se ha preocupado de encargar investigaciones empíricas sobre la eficacia de las terapias psicoanalíticas. La última de ellas, dirigida por Peter Fonegy³³, y publicada en el 2002, es comentada en el *Journal of the American Psychoanalytic Association*³⁴ por J. Stuart Ablon, perteneciente a la Asociación Americana de Psicoanálisis, en los siguientes términos: “*Otra razón para el escepticismo sobre los resultados [de estos estudios] tiene que ver con los estudios mismos. El estado del arte de los enfoques relacionados con la validación empírica de tratamientos es inherentemente contrario a*

³¹ Karl Popper: *Conjeturas y Refutaciones* (1963), Paidós, Barcelona, 1994. La postura de Grünbaum puede encontrarse compilada en Paul Robinson, ed.: *Freud and his critics* (1993), University of California Press, Berkeley, 1993, pág. 179-266.

³² Las investigaciones de Fisher y Greenberg se condensan en dos gruesos volúmenes. Uno en que exponen sus conclusiones, revisando una a una las hipótesis freudianas que les parecen susceptibles de confrontación científica, y otro en que hacen una antología de estudios empíricos sobre cada aspecto considerado. Seymour Fisher, Roger Greenberg: *The scientific credibility of Freud's theories and therapy* (1977), Colombia University Press, Nueva Cork, 1985; Seymour Fisher, Roger P. Greenberg, ed.: *The scientific evaluation of Freud's theories and therapy* (1978), Basic Books, Nueva Cork, 1978.

³³ Fonegy, P., Jones, E. E., Kächele, H., Krause, R., Clarkin, J., Perron, R., Gerber, A., & Allison, E.: *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* (Second Edition 2001)

³⁴ En la revisión de libros de la edición de Verano de 2005, disponible en www.division39.org. La traducción es mía.

las aproximaciones que no precisan o circunscriben su enfoque. De hecho, mientras más flexible es la aproximación teórica y práctica [de un estilo terapéutico] es menos probable que pueda ser estudiado usando pruebas que contemplen el método de controles clínicos efectuados al azar. Por ejemplo, debido a que no hay manuales [estándar] para los tratamientos psicoanalíticos, el psicoanálisis queda por defecto fuera de prueba clínica controlada. Más aún, estudios recientes sugieren que los resultados de juicios clínicos controlados de tratamientos manualizados pueden también ser sumamente engañosos, a pesar de la uniformidad de los tratamientos”.

He citado este comentario en extenso porque se trata, ni más ni menos, de los estudios más recientes, y con mayor ánimo científico, emprendidos por el propio gremio de los terapeutas psicoanalíticos. Ocurre que, tras reparar en el enorme volumen de evidencia empírica que aparentemente respalda la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos, el comentarista, experto en validación científica de procedimientos terapéuticos, y simpatizante él mismo del psicoanálisis clínico, nos dice, en buenas cuentas, que no puede darnos garantías confiables sobre esos resultados.

En realidad las dificultades metodológicas para validar científicamente las terapias derivadas del psicoanálisis son perfectamente imaginables, a pesar del ánimo riguroso de los partidarios que intentan defenderla.

Efectivamente, como apunta Stuart Ablon, no existen protocolos estándar de tratamientos que puedan ser puestos a prueba en experiencias múltiples. No sólo hay grandes variaciones en estilos terapéuticos (basta pensar en las enormes diferencias entre los procedimientos clínicos de lacanianos, kleinianos y el psicoanálisis norteamericano) sino que, entre los partidarios de una misma orientación, se pueden encontrar grandes diferencias. Hay quienes defienden esta singularidad de cada caso clínico. El reverso de este orgullo, por supuesto, es la falta de garantía confiable para los pacientes sobre los posibles efectos, deseables e indeseables, de los procedimientos que se le aplican.

Tampoco es posible, de acuerdo a los más elementales términos de la validación científica, hacer experimentos con grupos control, que hayan sido sometidos a tratamientos placebo. No sólo hay aquí un problema ético (someter a alguien a una terapia falsa, sin que lo sepa, sólo con fines experimentales) sino que, en un plano puramente lógico, es bastante difícil imaginar qué podría ser una terapia “falsa”.

Aunque parece lógico tratar de superar esta dificultad comparando grupos control que hayan sido sometidos a otros estilos terapéuticos, para una misma dolencia, para obtener así una medición sobre la eficacia relativa de uno y otro, reaparecen aquí las ambigüedades y vaguedades del diagnóstico psicológico en general. No sólo no hay tratamientos estándar que puedan ser comparados de manera sistemática, sino que tampoco hay diagnósticos estándar, claramente especificables, que nos aseguren que tenemos pacientes que efectivamente sufren de una misma dolencia. Ya he examinado las dificultades de las clasificaciones que podrían servir como base. Ocurre, además, que cada orientación teórica en psicología interpreta de manera diferente las causas, los contextos y las perspectivas de los cuadros clínicos contemplados en tales clasificaciones. ¿Cómo comparar, por ejemplo, una terapia que supone un origen inconsciente de la depresión con otra que supone un origen neurológico, o social?

Aún en el caso que estas comparaciones puedan ser hechas, es difícil establecer seguimientos de los pacientes que se han dado de alta para constatar la eficacia de la terapia en el tiempo, que es el único índice real de su éxito. El asunto es que, más allá de la situación experimental, los pacientes vivirán sus vidas de maneras potencialmente muy diversa, lo que impide asegurar que se seguirán manteniendo los términos de las comparaciones. Algunos encontrarán trabajo, otros lo perderán, otros se reconciliarán con sus parejas, otros asumirán que deben separarse. Nuevamente, la vaguedad de los cuadros diagnósticos impide aquí distinguir claramente cuáles de los efectos de mejoramiento o empeoramiento en la conducta se deben a la terapia y cuales no.

Pero hay más. Tratándose de terapias psicológicas, es bastante difícil lograr condiciones de experimento ciego para los observadores. Desde luego, y nadie lo niega, los observadores son fácilmente influidos en sus registros por sus propias convicciones terapéuticas. Por otro lado, sin embargo, la sutileza de los cambios esperados requiere que los observadores sean relativamente expertos. No se podría entregar a personas que no sean psicólogos o psiquiatras un juicio fundado sobre los efectos de una terapia. Se podría pedir a los observadores que evalúen pacientes sin saber qué tipo de terapia se les ha aplicado. La experiencia muestra, sin embargo, la altísima variabilidad de los diagnósticos en estas circunstancias. El experimento Rosenhan, que he referido en el apartado anterior, muestra que aún en la diferencia aparentemente simple que consiste en distinguir si alguien debe ser internado por esquizofrenia, un trastorno que se supone grave, o no, los psiquiatras muestran un juicio experto alarmantemente variable. Es completamente esperable que esta incertidumbre sea mayor cuando se trata de distinguir variaciones mucho menores, en pacientes psicológicos, en los que no se trata de decisiones mayores, como internarlos o no en un hospital psiquiátrico.

Pero, más allá de estas dificultades metodológicas, hay aún otras, más profundas, de tipo epistemológico. Quizás la más grave es la más simple. Ocurre que es bastante difícil formular criterios claros, especificables, susceptibles de medirse de manera experimental, en cuestiones como “salud psicológica”, o “equilibrio mental” o, incluso “bienestar” o “satisfacción”. Esto implica que es bastante difícil establecer un criterio de “curación” en un tratamiento psicológico, e incluso de alta clínica, que esté libre de gruesas opciones valóricas o de filosofías de vida. Lo que hace correspondientemente difícil establecer qué debe entenderse como “éxito terapéutico”, sobre todo en el plano de la psicología.

Por supuesto hay otra manera muy usada, casi estándar, para caracterizar el éxito terapéutico: hacerlo en términos de “adaptación” al entorno social. Pero entonces la terapia psicológica muestra, de manera curiosamente sincera, su esencia. De lo que se trata no es del bienestar, el equilibrio personal, o la salud, para no mencionar esa confusa y torpe utopía que es la “felicidad”. Se trata simplemente de restaurar el orden social. De reintegrar a un caso descarriado al orden en que puede ser útil.

Quizás esto es inevitable o, incluso, prudente y necesario. Nadie podrá decir, sin embargo, que se trata de un criterio científico, o que pueda determinarse de manera científica.

Pero eso nos hace volver al punto de partida. Si las terapias psicológicas no tienen una base científica que se pueda validar de manera clara, si obedecen a objetivos que la sociedad, por razones valóricas o filosóficas considera deseables, entonces, en una sociedad democrática, ningún ciudadano puede ser obligado a someterse a ellas. Más aún, esta libertad debería ser considerada como uno de los indicios de que efectivamente estamos en una sociedad democrática. Es fácil notar, por cierto, que pocos de los países que alardean con la condición de su convivencia política logran pasar ese criterio. Si consideramos la realidad cotidiana de la estigmatización psiquiátrica y psicológica en países como Estados Unidos, Francia o Alemania... casi se podría decir que la relación es inversa. En América Latina, claro, estamos tratando, aceleradamente, de estar a la altura de sus ejemplos.

5. Modelo psiquiátrico para la psicología

He hecho dos desplazamientos, en los razonamientos anteriores, que debo explicitar. Por un lado, he pasado de la psiquiatría a la psicología. Por otro, del psicoanálisis a la terapia psicológica de carácter clínico en general.

Esto obedece a una tesis. Sostengo que estamos en presencia de un proceso de progresiva asimilación de la práctica terapéutica en psicología a los criterios y estilos de la psiquiatría. El

psicoanálisis, justamente uno de los pilares de la idea de intervención clínica en psicología, es la bisagra que históricamente permite esta transición.

Por un lado las intervenciones sobre sujetos que parecen colectivos, como un grupo escolar, o un conjunto laboral, son tratadas de manera terapéutica, asimilándolas a situaciones clínicas. Se hace cada vez más “terapia colectiva” que intervención horizontal, la que se complementa con el recurso a la terapia individual para los casos más difíciles en el comportamiento grupal.

Por otro lado, la terapia individual se justifica cada vez más sobre la base de diagnósticos estandarizados desde clasificaciones psiquiátricas, y se ejecutan cada vez más de acuerdo a los protocolos y supuestos de la psiquiatría. Esto se traduce en la cada vez más frecuente colaboración entre un psicólogo, que hace la parte “hablada” de la terapia, y un psiquiatra, que contribuye recetando eventualmente medicamentos que, se supone, contendrían al paciente mientras la terapia psicológica logra tener efecto.

Esta asociación contribuye a formar una transferencia de certeza tal que el profesional de la psicología, cuyo saber podría aparecer como relativamente simple y común, aparece, en cambio, revestido de la fuerza de supuestos fundamentos científicos.

Si se tratara de un ingenuo procedimiento identitario, que sólo contribuye a afirmar la autoestima de un gremio, quizás el asunto podría considerarse algo banal. Resulta alarmante, en cambio, porque permite extender la lógica psiquiátrica desde sus ámbitos de origen relativamente excepcionales (la manía, la obsesión, la locura) al ámbito común y cotidiano de los comportamientos habituales.

He considerado, en los apartados anteriores, las amplias incertidumbres de la psiquiatría. Es notorio, sin embargo, que sus criterios y procedimientos pasan comúnmente como científicos y fundados, no sólo entre los psiquiatras, que la ejercen sino, sobre todo, en la imagen, abiertamente mítica, que los ciudadanos comunes tienen de su saber y poder. Michel Foucault, en un texto clásico³⁵, ha mostrado el efecto disciplinante que ejerce esta imagen sobre toda la sociedad. La excepción de la locura, las condiciones de excepción horripilante de su tratamiento posible, advierte y educa al ciudadano común sobre los peligros que conlleva el alejarse del orden de la normalidad social. El loco, desde su encierro, en la sin razón y en el hospicio, nos recuerda que hay un orden de la razón, que se traduce en un orden de la sociedad.

Lo que ocurre ahora, con esta ampliación de la lógica psiquiátrica al ámbito de la vida común, es que no sólo cualquiera de nuestros semejantes podría ser ese loco y afectarnos de pronto con sus comportamientos desviados sino que, incluso, podría ocurrir que nosotros mismos lo seamos, o estemos en vías de serlo, sin siquiera darnos cuenta. Esto magnifica el efecto disciplinante que se instala ya no en la comparación con una excepción relativamente exterior sino en la vigilancia permanente de nuestras propias conductas, y la de nuestros cercanos, en busca del peligro potencial de una deriva al caos.

Un asunto clave en este proceso, para el que la lógica del psicoanálisis clínico resulta crucial, es que la probabilidad de nuestra deriva individual hacia la alteración psicológica y psiquiátrica podría ocurrir sin que nos demos cuenta. Es el psicólogo, por supuesto, el que, advertido por nuestros propios cercanos, puede diagnosticar con certeza nuestro desorden... y operar en consecuencia.

El niño problema en la sala de clases, el trabajador que no tiene una actitud de positiva y de compromiso, el vecino que no denuncia lo que ocurre en su barrio y se encierra en su casa sin comunicarse con los otros, el delincuente habitual, la mujer separada, el extranjero de

³⁵ Michel Foucault: *Historia de la Locura en la Época Clásica* (1961), Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1985.

comportamientos aparentemente erráticos son, todos, sospechosos de alteración mental. Por supuesto, podemos agregar a esta lista al opositor político, permanentemente indignado... y a los intelectuales que escriben con tanto empeñamiento contra la psicología.

Con esto, actitudes y comportamientos comunes, relativamente habituales, que podrían comprenderse como efectos de diferencias sociales, de estilos de vida, o de diferencias culturales o políticas, se convierten en indicios diagnosticables, que manifestarían algún cuadro encubierto, en desarrollo, de alteración mental. Incluso alteraciones episódicas, producto de circunstancias especiales, como los enojos, agresiones o desánimos en el curso de la separación matrimonial, la baja de ánimo tras ser despedido de un trabajo, o los desordenes escolares provocados por niños cuyos padres se han separado, pueden ser el momento oportuno para que el psicólogo descubra que “en realidad el problema de fondo es otro”, y justifique su intervención, aún por sobre la opinión o las necesidades de los afectados.

Y con esto, también, los problemas que afectan a los individuos resultan tener su origen en ellos mismos, *en su calidad de individuos*, diluyéndose la responsabilidad social sobre las situaciones que lo sobrepasan y lo obligan a los comportamientos que el orden social considera alteraciones.

El mecanismo ideológico contenido en esta operación se configura a través de la sucesión de la *individualización* de los problemas (el origen del problema está en usted mismo, no en su entorno), seguida por su *psicologización* (sus problemas se deben a distorsiones subjetivas, no a factores objetivos), y luego por su franca *naturalización* (el fondo de esas distorsiones es fisiológico, y excede lo que usted pueda hacer de manera voluntaria).

No sólo la sociedad es eximida de responsabilidad directa de lo que no es sino resultado de sus contradicciones globales, sino que se tiene a la mano la teoría y el procedimiento eficaz para focalizar las medidas de contención caso a caso, incluso desde la misma consciencia de los oprimidos. No es raro que, como en un límpido y luminoso equivalente de las oscuridades de la Inquisición, sean las mismas víctimas del ritmo frenético de la sobre explotación las que echen sobre sí mismas la culpa de sus males... y acudan por sí mismas en busca de curación.

Es por esta extensión sobre la vida cotidiana, por esta generalización hacia toda clase de comportamientos individuales y sociales, que resulta necesario levantar una psiquiatría y una psicología críticas, dirigidas a prevenir a los ciudadanos sobre los nuevos modos de disciplinamiento social impuestos por las lógicas dominantes, y contribuir a su organización no sólo orientadas contra las expresiones más extremas, como el encierro o la medicamentación forzosa, sino más bien contra las más extendidas, las que operan de forma encubierta desde un sentido común cooptado por la dominación.

La línea de argumentación que he seguido hasta aquí contempla los principales aspectos en que se debe desarrollar la crítica y la acción política correspondiente. En el plano de los fundamentos, se trata de criticar la aparente certeza científica de las clasificaciones y diagnósticos psiquiátricos, y del modelo médico que las sustenta. En el plano de la operación práctica, se trata de llevar esa crítica hasta la impugnación de sus extensiones en la terapia psicológica.

El horizonte político específico que debería surgir de esto es el de devolver al ciudadano común la conciencia de su capacidad para manejar por sí mismo, sin más amparo que sus grupos habituales de pares, sus propios problemas subjetivos. La conciencia de que no hay de hecho, ni debería haber, en el ámbito de la subjetividad, un juicio experto que pueda superponerse a sus propias capacidades de acción, personales o en su relación grupal.

En el fondo lo que está en juego es la verdadera destrucción de la autonomía subjetiva de los ciudadanos, cuyo efecto más nocivo es inhabilitarlos progresivamente para reconocer el origen social

de sus problemas, y emprender acciones comunes para superarlos.

Desde un punto de vista epistemológico, esto significa la necesidad de construir un horizonte político capaz de realizar, en la teoría y en la práctica, las operaciones ideológicas inversas a las del poder. Frente a la individualización, *congregar*. Promover la construcción de identidades colectivas, de grupos de encuentro, de iniciativas que implique tareas en común. Frente a la psicologización, *objetivar*. Promover la consciencia de que los problemas que aquejan a la subjetividad individual tienen un origen plenamente social, un origen que excede las posibilidades de un enfrentamiento aislado, meramente personal. Frente a la naturalización, *historizar*. Promover la consciencia de que esos problemas sociales que nos exceden como individuos derivan de contradicciones sociales globales, de la constitución de estilos de vida determinados por las necesidades de la explotación y la opresión.

Por supuesto que estas pueden ser, también, las tareas de psiquiatras y de psicólogos. Nada obliga a estas disciplinas, y a sus profesionales, a seguir sus modelos dominantes. Y, desde luego, hay ya, desde los tiempos de los clásicos “anti”, bastante experiencia y teoría desarrollada al respecto.

Es perfectamente posible una psiquiatría y una psicología críticas, desarrollada por los propios psiquiatras y psicólogos. En ellas no encontraremos ya, desde luego, las pretensiones de experticia, la soberbia olímpica de pretender tener todas las claves en la mano, o el paternalismo, solapadamente autoritario, de los que niegan la capacidad de autonomía subjetiva de sus semejantes. Encontraremos, seguramente, mucha más modestia, empatía real, y ánimo solidario. Más razonabilidad que racionalismo, más apelación a las lógicas de la vida que a las de las teorías preconcebidas.

Eso es lo que deberíamos volver a llamar anti psiquiatría, y anti psicología, independientemente de las terapias lingüísticas con que el poder nos domestica.

No debería extrañarnos, pues, que esta sea una tarea para y desde psiquiatras y psicólogos de izquierda. De esa gran izquierda, que contiene a todas las izquierdas, que cree que una sociedad más humana es posible.

6. Un epílogo parcial, de tipo práctico

La política, sin embargo, aún en el plano de la subjetividad, siempre tiene plazos y tareas más largas y más amplias que las urgencias individuales. No puedo terminar mis alegatos en contra de la psiquiatría y la psicología dominantes, sin atender éste asunto, que no es ni debiera ser menor para una perspectiva solidaria y humanista. Es por eso que, aún a riesgo de parecer argumentando a contrapelo de los énfasis políticos anteriores, prefiero abordar, también, el problema de la urgencia subjetiva individual, completamente particular, tal como es asumida por quienes la sufren.

Por supuesto, un aspecto no menor de esta situación de disciplinamiento difuso en todas las situaciones de nuestra vida cotidiana, es que los propios afectados no lo asumen como tal, y son llevados a pedir, ellos mismos, la intervención del psicólogo en los asuntos que creen, porque han sido educados para ello, que no pueden manejar por sí mismos.

Tiendo, por una razón política profunda, a ser mucho más comprensivo con las eventuales actitudes de servidumbre de los oprimidos que con la sostenida prepotencia de los opresores. O, de manera específica, me parece mucho más comprensible el pedido de ayuda de alguien que sufre que la prepotencia de alguien que cree que puede darle soluciones eficaces desde un saber exterior, que carece de la validación que pretende.

Es para los que sufren, y han aprendido a expresar sus sufrimientos en el molde enajenante del psicologismo, que es necesario decir algunas cuestiones prácticas, de política inmediata, respecto de sus demandas y esperanzas.

La primera y gran cuestión es que, al parecer, las terapias psicológicas resultan. Al menos las psicológicas, porque no es difícil tener un conocimiento más o menos cercano del frecuente empeoramiento de la condición de las personas que, a partir de situaciones de alteración del comportamiento relativamente simples u ocasionales han caído en manos de algún psiquiatra partidario de la medicamentación.

Ambas situaciones, una más trágica que la otra, parecen validar, al menos de manera práctica, el saber del psicólogo o del psiquiatra. En el primer caso se cuenta con evidencias aparentemente favorables. En el segundo la opinión común, encabezada por supuesto por el propio psiquiatra, revierte el agravamiento de la situación sobre el propio afectado, de tal manera que los síntomas de su empeoramiento son vistos, contra toda lógica, como evidencias de que su problema era más grave de lo que se suponía, lo que suele tener como secuela más trágica aún que simplemente se le aumenten las dosis de medicamentos.

Respecto de la eficacia, para decirlo de algún modo, favorable, de las terapias psicológicas la advertencia más básica y simple que se puede hacer es que resulta indistinguible de la que se podría haber obtenido con un procedimiento placebo.

No debería considerarse que este hecho es negativo y, mucho menos, trivial. La lógica de un placebo es justamente que *tiene* efecto, no que no lo tiene. Lo que hace que un medicamento o procedimiento sea placebo no es que sea ineficaz, sino el que su eficacia no deriva de las razones o fundamentos con que se lo presenta o avala. Si a alguien le dan una tableta para el dolor de cabeza que parece ser aspirina en circunstancias que, en realidad, es de tiza pero de manera efectiva realmente se le pasa el dolor de cabeza, decimos que la tableta es un placebo justamente porque ha sido eficaz aún cuando sabemos que no era sino tiza.

Para ofrecer un ejemplo más cercano a nuestro tema consideremos el tan recetado Ritalín (Metilfenidato). ¿Mejoran los niños su rendimiento escolar, o su comportamiento, o su capacidad de dirigir la atención, cuando lo consumen? No faltan evidencias ocasionales de que esto efectivamente ocurre, hay padres que nos hablan de “verdaderos milagros”. Cuestión refrendada de manera entusiasta, por supuesto, por los psicólogos y psiquiatras infantiles.

Lo que ocurre, sin embargo, es que ningún estudio, ni siquiera de las compañías que lo comercializan, asegura que esta sustancia mejore el rendimiento escolar, ni siquiera que logre mejorar las conductas sociales de manera directa. Lo que se dice, de manera bastante ambigua e inespecífica, es que ayuda a “focalizar” la atención del niño, lo que tendría como consecuencia un mejoramiento lateral en sus capacidades cognitivas y habilidades sociales. Los estudios, sin embargo, no confirman de manera directa y confiable tales afirmaciones³⁶.

Digamos, incidentalmente, que se ha formulado la hipótesis de que el Metilfenidato que, en buenas cuentas pertenece al mismo tipo de drogas que las anfetaminas, podría ser también un precursor de la adicción a consumo de drogas. Al respecto, todos los estudios, incluso los de las compañías que lo comercializan, afirman que no hay evidencia positiva al respecto... pero que son necesarios más estudios...

La cuestión concreta es que parece tener efectos o, al menos, hay padres que aseguran haberlos constatado. Pues bien, desde un punto de vista lógico, puesto que no hay evidencias confiables, e independientes, de que los efectos eventualmente observados se deban precisamente a sus

³⁶ Extensas y documentadas críticas al uso del Metilfenidato pueden encontrarse en los escritos del doctor Peter Breggin. El más reciente, actualizado, es *Brain-disabling treatments in Psychiatry*, Springer, Nueva Cork, 2008.

características farmacológicas, se puede formular la hipótesis de que son consecuencias de su carácter de placebo.

No es difícil imaginar una explicación alternativa a su posible eficacia. Ocurre que los niños que son diagnosticados de Déficit Atencional (para el que se receta habitualmente) suelen provenir de hogares que, a su vez, tiene conflictos internos. Típicamente, en ambientes cargados de tensiones, estas recaen sobre los niños, y producen las alteraciones del rendimiento y comportamiento escolar de que se quejan los maestros. Los padres, que se ven demandados y tensionados de manera adicional por estas quejas desde la escuela, sobre cargan de exigencias a su vez a sus hijos, lo que se traduce en un círculo de reforzamientos en que, por supuesto, el eslabón más débil es el niño.

Lo que el diagnóstico hace, en este caso, es desplazar el problema justamente hacia la víctima, debilitando, o simplemente obviando, la importancia de los conflictos en el entorno familiar. Esto genera una salida fácil, y completamente practicable, que promete resultados prácticos y definidos: medicamentar al niño. Una solución mucho más factible y simple que intervenir directamente en el conflicto familiar, cuestión que muy pocos psicólogos escolares tienen a su alcance.

Entonces se produce el milagro: el niño mejora su comportamiento y, a veces, su rendimiento. Todos felices. Al menos respecto de este asunto, porque los conflictos en el hogar siguen. Lo que ocurre es que los padres han descargado al menos una de las dimensiones de sus problemas. Este alivio es notado, desde luego, por ellos mismos, y por el niño.

Pero ¿no podría ocurrir que en realidad, convencidos los padres y el mismo niño de su eficacia posible, este sólo hecho contribuya a mejorar su comportamiento? ¿No podría ocurrir que este mejoramiento, aunque sea parcial, genere un círculo inverso de reconocimiento entre padres e hijo que conduzca a su mejoría progresiva? Esto es muy bueno, por cierto, pero el punto clave es que en la generación de ese círculo virtuoso las características farmacológicas del Metilfenidato no han jugado ningún papel. Podría ocurrir que el psiquiatra entregue a los padres una tableta falsa, con otra composición, asegurándoles que se trata del remedio milagroso y el efecto virtuoso se produzca igual.

Es importante notar que, en este razonamiento, el aspecto crucial del efecto placebo está en los padres. Son ellos los que han sobre cargado de exigencias a su hijo, ellos los que han reaccionado de manera adversa ante las quejas del colegio, y luego de manera favorable ante las evidencias de progreso. En todo momento lo que ocurre es que el niño se está comportando de acuerdo a las señales que recibe de las personas que considera más importantes en su vida. El asunto entonces es que el Metilfenidato podría no ser un placebo directamente para el niño, sino más bien, para los padres y profesores que tiene la esperanza de que los ayudará a resolver un problema particular. Demás está decir que, si esto es cierto, opera como un poderoso placebo... también para el psiquiatra infantil.

Dos cuestiones importantes, respecto de este ejemplo, deben ser especificadas, aunque la lógica del argumento se haga un poco más complicada. Una es que no estoy afirmando que el Metilfenidato sea efectivamente un placebo. Lo que he sostenido es que podría serlo. Puesto que no está certificado de manera independiente el mecanismo de su acción e, incluso, no está demostrado siquiera que los resultados de su aplicación sean claramente favorables. Lo que sostengo es que una hipótesis alternativa sobre su acción, la del placebo, es posible, no directamente que sea verdadera, lo que exigiría justamente la clase de pruebas que he sostenido que no existen.

La segunda cuestión es que, a pesar de todo, sí se han observado, ocasionalmente, en casos particulares, resultados beneficiosos para los niños, los padres y la escuela ¿No deberíamos entonces dejarnos de tanta argumentación y simplemente aceptar sus beneficios? Mi opinión es que se trata de una opción extremadamente delicada, llena de riesgos innecesarios.

Si aceptamos que el beneficio de un placebo lo justifica como tal, aunque no conozcamos de

manera directa e independiente en qué consiste su acción, lo que ocurre es que corremos el riesgo de ser víctimas de efectos no deseados, colaterales o asociados a esa acción, de hecho desconocida.

En esas circunstancias no tenemos más alternativa que fundar nuestra opción sobre la base de un mínimo cálculo de costos y beneficios posibles o, de otra manera, sobre una mínima estimación del riesgo que corremos. Conviene, pues, detenerse brevemente en la idea de riesgo, para poder decir algo práctico, útil, ante la situación cultural creada por la panacea de la medicamentación.

No es lo mismo la probabilidad que el riesgo. Hay que notar que la probabilidad *de salvarse* jugando a la ruleta rusa es cercana al 85%... y sin embargo muy pocos se atreven a correr el riesgo. La probabilidad, al menos en principio, es un asunto objetivo. Depende de la situación como tal, de sus variables puramente internas. El riesgo, en cambio, depende de la valoración que hagamos de lo que está en juego. Se puede notar, de manera inversa al ejemplo anterior, que la probabilidad *de ganar* en la lotería es, por lo común, extraordinariamente baja, sin embargo un boleto de lotería suele ser muy barato, por lo que el valor de lo que podríamos perder es muy poco. En esta situación sí es razonable correr el riesgo.

Lo que ocurre con la medicamentación psiquiátrica es que la probabilidad de obtener *curación*, de acuerdo a todas las evidencias disponibles es prácticamente nula, y esto por el simple hecho de que tales fármacos están pensados para influir sobre *los efectos* de los males, sin que se haya establecido de manera clara que influencia tienen sobre *las causas*, o sobre los factores que se cree, de manera altamente hipotética, que serían las causas.

Por otra parte, aunque la probabilidad empírica de obtener alivio temporal de los *efectos* del mal que se padece (como el insomnio, la depresión, etc.) sea alta (hemos visto que a otras personas sí les han servido), hay una enorme incertidumbre respecto de la probabilidad de que los mismos medicamentos produzcan efectos colaterales que simplemente enmascaren el problema basal o, incluso, lo empeoren.

Entonces la situación es así: hay una enorme incertidumbre sobre los efectos profundos que podrían producir sustancias de las cuales no se conocen realmente, de manera directa y confiable, sus modos de funcionamiento, por un lado, y hay algo enormemente valioso en juego por otro, nuestra propia estabilidad mental. Cuando la probabilidad *de mejorar* es incierta, cuando hay incluso una probabilidad, también incierta, *de empeorar* y, en cambio, lo que está en juego es muy valioso... simplemente no vale la pena correr el riesgo.

Por supuesto, no todos los procedimientos terapéuticos implican riesgos de la misma clase o envergadura. No creo que sea muy arriesgado afirmar que las consecuencias posibles de la contaminación química del sistema nervioso son, en general, más preocupantes que los procedimientos que apelan sólo al uso de la palabra. Es bajo esta estimación general que creo posible formular algunos criterios y recomendaciones simples que pueden contribuir a defender a los ciudadanos de las pretensiones de la psiquiatría o de la psicología y, también, en muchos sentidos, de los resultados de sus propios temores.

La primera es que, sea cual sea la alteración de comportamiento de que se trate, siempre es preferible intentar todos los mecanismos no terapéuticos, antes de llegar a consultar a un especialista. La mayoría de los problemas del comportamiento común se pueden resolver entre amigos, con un mínimo de sabiduría cotidiana, antes de que la intervención del psicólogo o del psiquiatra sea necesaria. El integrarse a grupos de pares, o de intereses comunes, suele tener muy buenos efectos. O, aún, si es necesaria una relajación previa, que haga posible tal integración, ocurre que muchos de los síntomas que conllevan las alteraciones del comportamiento más comunes, pueden ser tratados con el

ejercicio físico más simple. Una alternativa inocua que, sin resolver nada de fondo, puede contribuir de manera decisiva para crear las condiciones para eventuales situaciones sociales. Es ampliamente sabido, y aceptado, que prácticas simples y metódicas, como el Tai Chi, la danza moderna, o incluso el footing, tienen notorios efectos subjetivos.

La segunda es que, si se asume la alternativa terapéutica, los ciudadanos tienen derecho a agotar todos los medios clínicos que operan a través de la palabra antes de que se opte por una medicamentación que contamine el sistema nervioso. Nuevamente, se trata de una cuestión de riesgo versus beneficio. La probabilidad de resultar irreversiblemente afectado por un terapeuta que sólo habla, es considerablemente menor que la de ser afectado por un medicamento, que opera completamente a espaldas de la voluntad, o de eventuales interacciones sociales compensatorias. Dicho esto, claro, con las excusas correspondientes respecto de la infinita vanidad de ciertos profesionales de la palabra.

Es necesaria, al respecto, una norma de prudencia elemental: mientras más importante sea el efecto que se espera de un fármaco que influya en el sistema nervioso más garantías deberían ofrecerse en torno a su efecto real, y en torno a sus efectos secundarios posibles. Y, por supuesto, mientras más riesgosa sea su aplicación, más deberían reforzarse esas garantías. Si sentimos que esas garantías no son suficientes, o están formuladas de manera vaga, a través de promesas demasiado generales, es preferible simplemente abstenerse y buscar alternativas.

A pesar de esta precaución elemental la realidad de las experiencias históricas al respecto es que una y otra vez se han descubierto a posteriori, ante la evidencia patente de los daños, que fármacos que se consideraban confiables y que han sido generalmente administrados tienen efectos secundarios indeseables que anulan completamente su beneficio o producen situaciones peores que las que pretendían resolver³⁷.

La tercera es que siempre es preferible, cuando se tiene la impresión de estar en problemas subjetivos delicados o agobiantes, consultar más de un terapeuta, con diversos métodos de diagnóstico y de tratamiento. Muchas veces el mero contraste entre unos diagnósticos y otros previene saludablemente a los afectados sobre la debilidad de la experticia de sus “salvadores”. Por cierto, ante la confusión que con cierta seguridad surgirá de esta confrontación, es preferible optar primero por los tratamientos inocuos, y sólo progresivamente por los que puedan significar una agresividad mayor.

El fondo de estas recomendaciones es, simplemente, que no hay panacea alguna, ni tratamiento milagroso, que pueda sacar adelante a alguien respecto de sus asuntos subjetivos. Cuestión, por lo demás, que todos los profesionales de la psicología medianamente responsables reconocen.

Es bueno tener conciencia de que, ni en psiquiatría ni en psicología, existe la noción de “urgencia médica”, que pueda ser tratada de manera inmediata, con resultados previsibles. Y es extremadamente riesgoso creer que existe, puesto que se presta fácilmente para acudir de inmediato a los contaminantes más agresivos e imprevisibles. El caso de la adicción encubierta a los anti depresivos es ejemplar.

Es cierto que la angustia, el dolor que se vive como insoportable, la desesperación o el pánico, nos ponen ante la demanda de lo inmediato, de lo eficaz e instantáneo. Resistir, y tomar un camino un poco más lento y largo, sin embargo, es mucho más prudente, y se convierte en una política más

³⁷ El caso más trágico es el de la Talidomida, droga que se vendía para aliviar las náuseas o mareos de embarazadas. Entre 1957 y 1963 más de 15.000 niños nacieron con gravísimas deformaciones corporales debido a un efecto secundario no previsto de su acción. El 40% murió antes de cumplir un año. Las investigaciones posteriores mostraron que la compañía farmacéutica que la comercializaba había alterado gravemente las pruebas médicas que presentó a las autoridades de salud para obtener su aprobación como producto sedativo simple, de consumo libre.

coherente a mediano plazo. El inmediatismo de las demandas, y la irresponsabilidad de los profesionales que responden a ellas se parece demasiado a la obsesión por el consumo en general como para no sospechar abiertamente de ella.

La automedicación, la recurrencia a la opinión de supuestos expertos en materia de comportamientos son vicios modernos perfectamente evitables, aunque sean, por supuesto, fomentados por los profesionales y las empresas que se dedican a obtener lucro de las angustias de las personas comunes.

Estas reglas deberían aplicarse con muchísima mayor razón cuando se trata de alteraciones comunes, que no revisten altos niveles de conflictividad, o de desorden conductual, como son, típicamente, las situaciones de insomnio, de stress, o de expresiones psicosomáticas de problemas vitales, como el colon irritable o las alergias. Ninguna de estas situaciones requiere en realidad de medicación de tipo químico, salvo claro está, que estemos sometidos a presiones intensas por un sistema social inhumano para el que la salud de cada uno está en segundo lugar respecto del rendimiento o la eficacia.

Una cuarta recomendación, que es bastante triste, pero sumamente práctica en países como los nuestros, es investigar siempre, ante cada medicamento que estemos circunstancialmente obligados a tomar, si estos fármacos están autorizados en países más civilizados, como Suecia, o Dinamarca, y bajo qué prescripciones y recomendaciones. Nunca podemos estar seguros si un medicamento que no cumple con esta condición, y es comercializado en América Latina, no será en realidad parte de un experimento médico en curso por las empresas transnacionales del ramo farmacéutico.

Siempre es útil, al respecto, consultar el consenso mínimo promovido por el National Institutes of Health (NIH), en Estados Unidos, respecto de cuadros diagnósticos, tratamientos o medicamentos controversiales. El procedimiento llamado *Consensus Development Conference Statement*, consiste en convocar a los partidarios y a los adversarios científicos de un producto, diagnóstico o tratamiento determinado, y pedirles que se pongan de acuerdo en los puntos mínimos que ambos grupos considerarían como científicamente establecidos. Lo que se constata, en la mayoría de los cuadros diagnósticos y fármacos que afectan el comportamiento o el ánimo, es lo sorprendentemente bajos que son los niveles de consenso entre los especialistas. Cuestión que no impide, sin embargo, que muchos de tales medicamentos se autoricen, se vendan, y sean ampliamente recetados por el gremio de los psiquiatras, sobre la base de informes en general parciales, o sometidos a enormes dosis de incertidumbre probabilística³⁸.

El ya citado PLoS Medicine, las recomendaciones sobre medicamentos presentadas ante el Parlamento Europeo, las resoluciones de los servicios médicos de los diversos países de la Comunidad Europea, particularmente los de Inglaterra e Italia, todos los cuales están disponibles en Internet, son también fuentes recomendables.

Toda política estratégica tiene el deber de expresarse en una táctica definida. Pero, más allá de esta constatación evidente, toda táctica tiene también el deber de contemplar respuestas definidas para los particulares que quieran correr el riesgo de seguirla. Una gran batalla, e indudablemente la batalla por la autonomía subjetiva de los ciudadanos es una gran batalla, siempre está compuesta de pequeños gestos que, considerados de cerca podrían parecer intrascendentes. Pero cada uno de esos pequeños gestos resultará, a fin de cuentas, necesario.

En la gran lucha por un mundo nuevo, los políticos tradicionales suelen operar como si los sufrimientos subjetivos y particulares de los individuos fuesen sólo esa clase de pequeños gestos, sin

³⁸ El NIH Consensus Development Program se puede encontrar en www.consensus.nih.gov.

un gran valor específicamente estratégico. No sólo por la humana y necesaria solidaridad hacia todo dolor que exige una perspectiva de izquierda, sino también porque las condiciones en que se despliegan las nuevas formas de dominación lo hace imperioso, el dolor subjetivo e individual es hoy una componente que debe ser considerada de manera estratégica. Una componente tal que sin su consideración detallada resultará simplemente imposible sobreponerse a formas de opresión cada vez más sofisticadas y profundas.

Ese es el sentido de fondo de una psiquiatría y una psicología crítica. Es por eso que me he detenido no sólo en la gran crítica de los fundamentos, sino también en las recomendaciones directas, cotidianas, que nos permitirán estar disponibles para la lucha.

Bibliografía

1. Para documentar los aspectos más técnicos en este texto he recurrido a la revisión sistemática de algunas fuentes de referencia especializada. Las enumero aquí de manera general, en las notas a pié de página he citado los artículos que más directamente informan sobre los tópicos tratados.

a. *History of Psychiatry*, trimestral, publicada en Inglaterra. Comité Editorial dirigido por Germán E. Berríos, profesor de psiquiatría en la Universidad de Cambridge. Números desde 1990, disponibles on line en Sage Publications.

b. *The American Journal of Psychiatry*, mensual, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana (USA). Comité Editorial dirigido por Robert Freedmann, profesor de psiquiatría en la Universidad de Colorado. Números desde 1844, disponibles on line en el sitio de la Asociación.

c. *PLoS Medicine*, mensual, publicada on line por la Public Library of Science desde 2004. Comité Editorial dirigido por la doctora Virginia Barbour, de la División de Hematología Experimental del St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Tennessee. Una publicación dedicada a poner información médica específica a disposición del público. Todos sus contenidos son accesibles libremente, en medicine.plosjournals.org.

d. *The James Lind Library*, sitio on line dedicado a informar de manera detallada sobre los modos científicamente válidos para evaluar tratamientos médicos. Comité Editorial dirigido por el doctor Iain Chalmers del Royal College of Physicians of Edinburgh, Reino Unido. Sus contenidos fundamentales son de libre acceso, en www.jameslindlibrary.org.

2. Sobre anti psiquiatría y anti psicología

1. Michel Foucault: *Historia de la locura en la época clásica* (1961), FCE, México, 1985

2. George Rosen: *Locura y sociedad, sociología histórica de la enfermedad mental* (1968), Alianza, Madrid, 1974

3. Juan Luis Linares: *La historia clínica en el manicomio: el pasaporte de la locura* (1976), Anagrama, Barcelona, 1976

4. Stephen Jay Gould: *La falsa medida del hombre* (1981), Orbis, Buenos Aires, 1983

5. Franco y Franca Basaglia, Eds.: *Los crímenes de la paz* (1975), Siglo XXI, México, 1987

6. Jeffrey M. Masson: *Juicio a la psicoterapia* (1988), Cuatro Vientos, Santiago, 1991

7. Thomas Szasz: *Ideología y enfermedad mental* (1970), Amorrortu, Buenos Aires, 1976

8. John Reed, ed.: *Modelos de Locura* (2004), Herder, Barcelona, 2006

9. David Cohen, ed.: *Challenging the Therapeutic State, critical perspectives on Psychiatry and the Mental Health System*, en *The Journal of Mind and Behavior*, número especial, Vol. 11, N° 3-4, 1990

10. Lucy Johnstone: *Users an abusers of Psychiatry* (1989), Routledge, Londres, 2000

11. William R. Uttal: *The new Phrenology, limits of localizing cognitive processes in the brain* (2001), Bradford Book, Cambridge, 2001

12. Seymour Fisher, Roger P. Greenberg, ed.: *From placebo to panacea, putting psychiatric drugs to*

the test (1997), John Wiley & Sons, New York, 1997

13. Gwynedd Llyod, Joan Otead, David Cohen, eds.: *Critical new perspectives on ADHD*, Routledge, Londres, 2006

3. Sobre psicoanálisis: corriente principal, críticas y alternativas

1. Sigmund Freud: *Obras Completas*, 24 Vol., traducidas desde el alemán por José Luis Etcheverry, siguiendo la edición inglesa de James Strachey, Amorrortu, Buenos Aires, 1980

2. Joseph Schwartz: *Cassandra's Daughter, a history of psychoanalysis* (1999), Viking, New Cork, 1999

3. Reuben Fine: *The History of Psychoanalysis* (ed. ampliada 1990), Jason Aronson, London, 1990

4. Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis: *Diccionario de Psicoanálisis* (1967), Paidós, Buenos Aires, 1996

5. R. D. Hinshelwood: *Diccionario del pensamiento kleiniano* (1989), Amorrortu, Buenos Aires, 1992

6. Hanna Segal: *Introducción a la obra de Melanie Klein* (1964), Paidós, Barcelona, 1987

7. Horacio Etchegoyen: *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (1986), Amorrortu, Buenos Aires, 1988

8. Clara Thompson: *El psicoanálisis* (1950), FCE, México, 1966

9. Donald W. Winnicott: *La naturaleza humana* (1988), Paidós, Buenos Aires, 1993

10. Anika Rifflet-Lamaire: *Lacan* (1970), Sudamericana, Buenos Aires, 1986

11. Emilio Rodrigue: *Sigmund Freud, el siglo del psicoanálisis*, 2 t., (1996), Sudamericana, Buenos Aires, 1996

12. Richard Wollheim: *Freud* (1971), Grijalbo, Barcelona, 1973

13. Jeffrey M. Masson: *The assault on truth, Freud's supresión of the seduction theory* (1984), Pocket Books, New Cork, 1998

14. Paul Robinson: *Freud and his critics* (1993), University of California Press, Berkeley, 1993

15. Héctor Pérez-Rincón: *El teatro de las histéricas* (1998), CONACYT, México, 2001

16. Juliet Mitchell: *Psicoanálisis y feminismo* (1974), Anagrama, Barcelona, 1982

17. Paul Robinson: *La izquierda freudiana* (1969), Granica, Barcelona, 1977

18. Charles Rycroft: *Wilhelm Reich* (1971), Grijalbo, Barcelona, 1973

19. Herbert Marcuse: *Eros y Civilización* (1955), Seix Barral, Barcelona, 1970

20. Lee Baxandall, ed.: *Wilhelm Reich: Sex-Pol Essays, 1929-1934* (1966), Vintage, 1972

21. Roger Dadoun: *Cien flores para Wilhelm Reich* (1975), Anagrama, Barcelona, 1978

22. Hans J. Heysenck: *Decadencia y caída del imperio freudiano* (1985), Nuevo Arte Thor, Barcelona, 1988

23. Seymour Fisher, Roger P. Greenberg, ed.: *The scientific evaluation of Freud's theories and therapy* (1978), Basic Books, Nueva Cork, 1978

24. Seymour Fisher, Roger P. Greenberg: *The scientific credibility of Freud's theories and therapy* (1977), Columbia University Press, Nueva York, 1985