

ESTAR SANO EN LUGARES INSANOS

Si la locura y la cordura existen ¿cómo las reconoceremos?

Desde Bleuler, pasando por Kretschmer, hasta los formuladores del recientemente revisado *Diagnostic and Statistical Manual* de la American Psychiatric Association, se ha mantenido una fuerte creencia en que los pacientes presentan síntomas, que éstos pueden ser categorizados e, implícitamente, que el cuerdo puede ser distinguido del insano. Más recientemente, sin embargo, esta creencia ha sido puesta en duda. Basada en parte en consideraciones antropológicas y teóricas, pero también en filosóficas, legales y terapéuticas, ha tomado fuerza la visión de que la categorización psicológica de la enfermedad mental es, en el mejor de los casos inútil, y, en el peor, notoriamente dañina, engañosa y peyorativa. Los diagnósticos psiquiátricos, desde esta perspectiva, están en las mentes de los observadores y no son resúmenes válidos de las características manifestadas por el observado.



Hospital psiquiátrico St. Elizabeth, Washington, D.C., una de las sedes del experimento Rosenhan

Se puede obtener algún beneficio en decidir cuáles de éstas está más próxima a la verdad poniendo a gente normal (esto es, gente que no tiene, y nunca ha tenido, síntomas de enfermedades psiquiátricas graves) en hospitales psiquiátricos para luego determinar si se descubrió si estaban sanos y si así se hizo cómo se descubrió.

Este artículo describe tal experimento. Ocho personas en su sano juicio consiguieron secretamente ser admitidos en 12 hospitales diferentes. Sus experiencias diagnósticas constituyen los datos de la primera parte de este artículo; la parte restante se dedica a una descripción de sus experiencias en las instituciones psiquiátricas.

Los ocho pseudopacientes constituían un variado grupo. Uno era un estudiante de psicología en la veintena. Los siete restantes eran mayores y estaban establecidos. Entre ellos había tres psicólogos, un pediatra, un psiquiatra, un pintor, una ama de casa. Tres pseudopacientes eran mujeres y el resto hombres. Todos ellos emplearon pseudónimos para evitar que sus supuestos diagnósticos les ocasionasen problemas más tarde.

Los entornos eran igualmente variados. Con el fin de generalizar los hallazgos, se buscó la admisión en una diversidad de hospitales. Los 12 hospitales de la muestra estaban localizados en cinco estados diferentes de las Costas Este y Oeste. Algunos eran viejos y cochambrosos, otros bastante nuevos. Algunos orientados a la investigación, otros no. Algunos tenían una

buena ratio paciente-plantilla, otros estaban bastante infradotados. Sólo uno era un hospital estrictamente privado.

Tras llamar al hospital pidiendo hora, el pseudopaciente llegaba a la oficina de admisiones quejándose de que había estado oyendo voces. Preguntado por lo que decían las voces, contestaba que eran normalmente confusas, pero en la medida en que podía asegurarlo, decían "vacío", "hueco" y "apagado". Las voces no eran familiares y eran del mismo sexo que el paciente. La elección de estos síntomas provino por su semejanza aparente con síntomas existenciales. Tales síntomas se supone que surgen de preocupaciones dolorosas sobre la percepción de que la vida de uno no tiene ningún significado. Es como si la persona que está alucinando estuviese diciendo, "Mi vida está vacía y hueca". La elección de éstos síntomas estuvo también determinada por la *ausencia* en la literatura de tan siquiera un informe sobre psicosis existenciales.

Además de alegar estos síntomas y de falsificar el nombre, la vocación, y el empleo, no se efectuó ninguna otra alteración de la persona, su historia, o sus circunstancias.

Aparte de ese fugaz nerviosismo, el pseudopaciente se comportaba en la unidad como lo hacía "normalmente". Respondía a las instrucciones del personal, a las llamadas para recibir su medicación (que no ingería), y a las instrucciones del comedor. Además de las actividades que se le permitían conforme a su diagnóstico, empleaba su tiempo anotando sus observaciones sobre las unidad, los pacientes, y la plantilla. Al principio estas notas se escribían "secretamente", pero tan pronto como quedó claro que no le importaban mucho a nadie, fueron escritas en hojas de papel normales en sitios públicos tales como la sala de día.

El pseudopaciente, de modo muy parecido al de un verdadero paciente psiquiátrico, entró en el hospital sin ningún conocimiento previo de cuándo sería dado de alta. Se le dijo a cada uno que debería salir por sus propios medios, fundamentalmente convenciendo a la plantilla de que estaba cuerdo.

A pesar de su "demostración" pública de cordura, los pseudopacientes jamás fueron detectados. Admitidos, excepto en un caso, bajo un diagnóstico de esquizofrenia, todos fueron dados de alta con un diagnóstico de esquizofrenia "en remisión". La etiqueta de "en remisión" no debería ser dada de lado como una mera formalidad, puesto que en ningún momento de la hospitalización se suscitó ninguna cuestión sobre la simulación de ningún pseudopaciente.

El fallo uniforme en reconocer la cordura no puede atribuirse a la calidad de los hospitales ya que, aunque con considerables variaciones, varios eran considerados excelentes. Tampoco puede alegarse que hubiese poco tiempo para observar a los pseudopacientes. La duración de la hospitalización varió de 7 a 52 días, con una media de 19 días.

Por último, no puede aducirse que el fallo en reconocer la cordura de los pseudopacientes fuese debido al hecho de que no se estuviesen comportando

85 juiciosamente. Aunque había claramente alguna tensión presente en todos ellos, sus visitantes diarios no podían detectar ninguna consecuencia conductual ni en verdad podía hacerlo otros pacientes. Fue bastante común el que los pacientes "detectasen" la cordura de los pseudopacientes.

90 El fallo en detectar la cordura durante el curso de la hospitalización puede deberse al hecho de que los médicos operen con un fuerte sesgo hacia lo que los estadísticos denominan Error de Tipo II. Es decir, los médicos se inclinan más a llamar enferma a una persona sana (un falso positivo, Tipo II) que a llamar sana a una persona enferma (un falso negativo, Tipo I). Las razones de esto no son difíciles de hallar: es claramente más peligroso diagnosticar 95 erróneamente la enfermedad que la salud.

100 Pero lo que puede mantenerse para la medicina, no se mantiene igual de bien para la psiquiatría. Las enfermedades médicas, si bien desgraciadas, no son normalmente peyorativas. Los diagnósticos psiquiátricos, por el contrario, conllevan estigmas personales, legales y sociales. Era por lo tanto importante ver si se podía dar la vuelta a la tendencia de diagnosticar como loco al cuerdo. El siguiente experimento se planeó en un hospital de investigación y enseñanza cuya plantilla había oído de estos hallazgos pero dudaba de que tal error pudiera darse en su hospital. Se informó a la 105 plantilla de que en algún momento durante los 3 meses siguientes uno o más pseudopacientes intentarían ser admitidos en el hospital psiquiátrico. Se pidió a cada miembro de la plantilla que evaluase a cada paciente que se presentase en la sala de admisiones conforme a la probabilidad de que dicho paciente fuese un pseudopaciente. Se utilizó una escala de 10 puntos, reflejando el 1 y el 2 una alta confianza en que el paciente fuese un 110 pseudopaciente.

Se obtuvieron juicios de 193 pacientes que fueron admitidos al tratamiento psiquiátrico. Se pidió efectuar juicios a toda la plantilla que había tenido un contacto sostenido con el paciente o una responsabilidad primaria hacia él (ayudantes, enfermeras, psiquiatras, médicos, y psicólogos). Cuarenta y un 115 pacientes fueron señalados, con una alta confianza, como pseudopacientes por al menos un miembro de la plantilla. Veintitrés fueron considerados sospechosos por al menos un psiquiatra. Diecinueve fueron objeto de sospecha por un psiquiatra y otro miembro de la plantilla. De hecho, ningún genuino pseudopaciente (al menos de mi grupo) se presentó durante este 120 periodo.

Los datos nos hablan del masivo papel del etiquetaje en la evaluación psiquiátrica. Habiendo sido etiquetado una vez como esquizofrénico, no hay nada que el paciente pueda hacer para superar la etiqueta. La etiqueta colorea profundamente las percepciones que otros tienen de él y su 125 conducta.

Desde cierto punto de vista, estos datos son profundamente sorprendentes, ya que se sabe desde hace tiempo que se confiere significado a los elementos por el contexto en el que ocurren. La psicología de la *Gestalt*

defendió vigorosamente este punto, y Asch demostró que existen rasgos 130 "centrales" de personalidad (tales como "frío" versus "cálido") que son tan poderosos que colorean profundamente el significado de otras informaciones en la formación de impresiones de una personalidad dada. Una vez que una persona es calificada como anormal, todas sus otras características y conductas quedan coloreadas por esa etiqueta.

135 Los datos que he presentado no hacen justicia a los ricos encuentros diarios que surgieron en torno a las materias del rechazo y la despersonalización. A veces, la despersonalización alcanzaba tales proporciones que los pseudopacientes tenían la sensación de que eran invisibles. O cuando menos no merecedores de atención.

140 Un caso iluminador de despersonalización e invisibilidad sucedía respecto a las medicaciones. Todo sea dicho, se administró casi unas 2100 pastillas a los pseudopacientes, incluyendo Compazine y Thorazine por nombrar unas cuantas. (El que tal variedad de medicaciones se administrase a pacientes que presentaban idénticos síntomas ya es por sí mismo, notorio).

145 Yo y los otros pseudopacientes en la institución psiquiátrica tuvimos reacciones inconfundiblemente negativas. No pretendemos describir las experiencias subjetivas de los pacientes verdaderos. Podría ser un error, muy desgraciado por cierto, considerar que lo que nos sucedió provino de la malicia o la estupidez de parte de la plantilla. Sus percepciones y conductas, más que estar motivadas por una maliciosa disposición, estaban controladas por la situación. En un ambiente más benigno, un ambiente menos ligado a un diagnóstico global, sus conductas y juicios podrían haber sido más 150 benignos y efectivos.

D. L. Rosenhan, "Estar sano en lugares insanos", *Science*, 1973, 179, 250-258.

Actividades

1. Señalar si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

1.—Los síntomas de enfermedades pueden ser categorizados fácilmente	
2.—Los diagnósticos psiquiátricos están en la mente de los observadores	
3.—El artículo describe un experimento que no se llegó a realizar realmente	
4.—Los ocho pseudopacientes eran un grupo homogéneo de psicólogos	
5.—El pseudopaciente se quejaba de que había estado oyendo voces	
6.—El pseudopaciente se comportó en la unidad de manera normal	
7.—Todos los pseudopacientes fueron inmediatamente detectados	
8.—En el segundo experimento, los hospitales detectaron 41 pseudopacientes sin serlo	
9.—El experimento demuestra el exagerado papel del etiquetaje en la psiquiatría	
10.—A pacientes con síntomas parecidos, se les suministró la misma medicación	

2. Señalar el objetivo del experimento de Rosenhan. (líneas 1-24).
3. Describir brevemente las características del experimento de Rosenhan. (líneas 30-70).
4. ¿Por qué los pseudopacientes nunca fueron detectados? (líneas 89-95; 121-134).
5. ¿Qué datos revelan la despersonalización del proceso de tratamiento? (líneas 135-144).
6. ¿Qué peso tuvieron la malicia y la situación en lo sucedido? (líneas 145-159).