

## ESTAR SANO EN LUGARES INSANOS

D. L. Rosenhan

*Science*, 1973, 179, 250-258

Traducción: Carmelo Vázquez  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense

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

La pregunta no es caprichosa ni una locura en sí misma. Por muy convencidos que estemos personalmente de que podemos diferenciar la gente normal de la anormal, la evidencia no es, sencillamente, convincente. Es un lugar común, por ejemplo, leer algo sobre juicios por asesinato en los que eminentes psiquiatras de la defensa son contradichos por no menos eminentes psiquiatras de la acusación, respecto a la cordura del defendido. De modo más general, hay un buen montón de datos contradictorios sobre la fiabilidad, utilidad, y significado de términos tales como "cordura", "locura", "enfermedad mental, y "esquizofrenia" (1). Por último, ya en 1934, Benedict sugirió que la normalidad y la anormalidad no son universales (2). Lo que se ve normal en una cultura puede que se vea como bastante aberrante en otra. Así pues, las nociones de normalidad y anormalidad puede que no sean tan precisas como la gente cree.

Suscitar preguntas respecto a la normalidad o la anormalidad, de ningún modo supone cuestionar el hecho de que algunas conductas estén desviadas o sean singulares. El asesinato es una desviación. Del mismo modo, existen alucinaciones. Ni tampoco el suscitar tales preguntas deniega la existencia de la angustia personal que frecuentemente conlleva la "enfermedad mental". La ansiedad y la depresión existen. El sufrimiento psicológico existe. Pero la normalidad y la anormalidad, la cordura y

la locura, y los diagnósticos que fluyen de ellas, puede que sean menos sustantivos de lo que muchos creen.

El meollo de la cuestión de si el cuerdo puede distinguirse del loco (y el de si pueden distinguirse grados de locura entre ambos) es un asunto sencillo: las características sobresalientes que conducen a los diagnósticos ¿residen en los propios pacientes o en los entornos y contextos en los que los observadores les hallan? Desde Bleuler, pasando por Kretchmer, 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 (3-5).

Se puede obtener algún beneficio en decidir cuáles de estas 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 que estaban sanos y si así se hizo cómo se

descubrió. Si la cordura de tales pseudopacientes se detectase siempre, habría una evidencia "*prima facie*" de que un individuo cuerdo puede distinguirse del contexto anormal en el que se encuentra. La normalidad (y presumiblemente la anormalidad) es lo bastante distinta como para ser reconocida dondequiera que ocurra ya que la propia persona es su portadora. Si, por el otro lado, si la cordura de tales pacientes nunca se descubriera, se suscitarían serias dificultades para aquellos que apoyan modelos tradicionales de diagnóstico psiquiátrico. Dado que la plantilla del hospital no era incompetente, que el paciente se había comportado tan cuerdamente como lo había hecho fuera del hospital, y que nunca se había sugerido que le correspondía estar en un hospital psiquiátrico, este resultado tan improbable apoyaría la noción de que el diagnóstico psiquiátrico revela poco sobre el paciente pero mucho sobre el entorno en el que un observador le encuentra.

Este artículo describe tal experimento. Ocho personas en su sano juicio consiguieron secretamente ser admitidos en 12 hospitales diferentes (6). 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. Demasiados pocos psiquiatras y psicólogos, incluso aquellos que han trabajado en tales hospitales, saben cómo es esa experiencia. Raramente hablan de ello con antiguos pacientes, quizás porque desconfían de la información proveniente del que ha estado previamente loco. Es probable que aquellos que han trabajado en un hospital psiquiátrico se hayan adaptado tan completamente a esos entornos que sean insensibles al impacto de esa experiencia. Y mientras que ha habido informes ocasionales de investigadores que ellos mismos se remitieron a un hospital psiquiátrico (7), dichos investigadores normalmente han permanecido en los hospitales cortos periodos de tiempo, a menudo con el conocimiento de la plantilla del hospital. Es difícil saber hasta qué grado fueron tratados como pacientes o como

colegas de investigación. No obstante, sus informes sobre los interiores de los hospital psiquiátrico han sido valiosos. Este artículo expande esos esfuerzos.

#### PSEUDOPACIENTES Y SUS ENTORNOS

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, y 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. Aquellos que estaban en profesiones relacionadas con la salud mental alegaron otra ocupación con el fin de evitar las atenciones especiales que podría adoptar la plantilla, como una cortesía, hacia colegas enfermos (8). Con mi única excepción (yo fui el primer pseudopaciente y mi presencia le era conocida al administrador del hospital y al jefe de Psicología y, en la medida de mi conocimiento, sólo a ellos dos), la presencia de pseudopacientes y la naturaleza del programa de investigación no era conocida a la plantilla hospitalaria (9).

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 estaban orientados a la investigación, otros no. Algunos tenían una buen ratio paciente-plantilla, otros estaban bastante infradotados. Sólo uno era un hospital estrictamente privado. Todos los demás estaban subvencionados por fondos federales o estatales o, como en uno de ellos, por fondos universitarios.

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 estos 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. Los acontecimientos significativos de la historia vital del pseudopaciente se presentaban como habían realmente acontecido. Las relaciones con los padres y hermanos, con el cónyuge y los hijos, con la gente del trabajo y de la escuela, haciéndolas consistentes con las excepciones arriba mencionadas, se describieron como eran o habían sido. Se describían tanto las frustraciones y malestares como las alegrías y satisfacciones. En caso de existir algún sesgo por parte de los pseudopacientes, favorecía fuertemente la detección de la cordura, dado que ninguna de sus historias ni de sus conductas actuales eran, de ningún modo, gravemente patológicas.

Nada más ingresar en la unidad psiquiátrica, el pseudopaciente cesaba la simulación de *cualquier* síntoma de anormalidad. En algunos casos se dio un breve periodo de nerviosismo y ansiedad medios ya que ninguno de los pseudopacientes realmente creyó que serían admitidos con tanta facilidad. De hecho, compartían el temor de que el fraude sería inmediatamente detectado y pasarían una situación de gran compromiso. Además, muchos de ellos jamás habían visitado una unidad psiquiátrica: incluso aquellos que habían tenido esa

experiencia, tuvieron no obstante algún temor pasajero sobre lo que les podría suceder. Su nerviosismo, por tanto, era bastante pertinente a lo nuevo que les resultaba el recinto psiquiátrico, y desapareció rápidamente.

Aparte de ese fugaz nerviosismo, el pseudopaciente se comportaba en la unidad como lo hacía "normalmente". El pseudopaciente hablaba a los pacientes y a la plantilla como podría hacerlo normalmente. Dado que hay extraordinariamente poco que hacer en una unidad psiquiátrica, intentaba entablar conversación con otros. Cuando alguien de la plantilla le preguntaba cómo se sentía, indicaba que estaba bien, que ya no experimentaba ningún síntoma. Respondía a las instrucciones del personal, a las llamadas para recibir la 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. No se guardó secreto de estas actividades.

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. El estrés psicológico asociado con la hospitalización fue considerable, y todos los pseudopacientes, excepto uno, desearon ser dados de alta casi inmediatamente después de ser admitidos. Estaban, por lo tanto, motivados no sólo a comportarse de modo juicioso, sino a ser parangones de cooperación. El que su conducta no estuviese en modo alguno alterada, queda confirmado por los informes de las enfermeras, los cuales se han obtenido en la mayoría de los casos. Estos informes indicaban unánimemente que los pacientes eran

"amistosos", "cooperativos", y "no manifestaban ningún signo de anormalidad".

#### LOS NORMALES NO SON DETECTABLEMENTE CUERDOS

A pesar de su "demostración" pública de cordura, los pseudopaciente jamás fueron detectados. Admitidos, excepto en un caso, bajo un diagnóstico de esquizofrenia (10), 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. Tampoco existe ninguna indicación en los informes hospitalarios de que el pseudopaciente estuviese bajo sospecha. Por el contrario, existe una fuerte evidencia de que, una vez etiquetado como esquizofrénico, al pseudopaciente se le adjuntó esa etiqueta. Si se iba a dar el alta al pseudopaciente, naturalmente debía estar "en remisión"; pero no estaba cuerdo ni, desde el punto de vista de la institución, lo había estado nunca.

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. Los pseudopacientes no fueron, de hecho, observados cuidadosamente, pero este fallo claramente dice más de las tradiciones dentro de los hospitales psiquiátricos que de la falta de oportunidades.

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 juiciosamente. Aunque había claramente alguna tensión presente en todos ellos, sus visitantes diarios no podían detectar ninguna consecuencia conductual ni en verdad podían hacerlo

otros pacientes. Fue bastante común el que los pacientes "detectasen" la cordura de los pseudopacientes. Durante las tres primeras hospitalizaciones, en las que se guardaron registros precisos, 35 de un total de 118 pacientes expresaron sus sospechas, algunos de modo vigoroso. "Tú no estás loco. Eres un periodista, un profesor [haciendo referencia a la continua toma de notas]. Estás controlándonos de parte del hospital". Mientras que la mayoría de los pacientes eran tranquilizados gracias a la insistencia del pseudopaciente en asegurar que había estado enfermo antes de entrar pero que ahora se encontraba bien, algunos persistieron continuamente en la creencia de que el pseudopaciente era una persona en su sano juicio (11). El hecho de que los pacientes, pero no la plantilla, reconociesen la normalidad, suscita importantes cuestiones.

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 (5). 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 erróneamente la enfermedad que la salud. Mejor errar por el lado de la precaución, sospechar enfermedad incluso entre los sanos.

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 (12). 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 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 un alta confianza en que el paciente fuese un pseudopaciente.

Se obtuvieron juicios de 193 pacientes que fueron admitidos a 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 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 periodo.

El experimento es instructivo. Indica que la tendencia a denominar loca a gente cuerda puede ser cambiada cuando los premios (en este caso, prestigio y perspicacia diagnóstica) son altos. Pero ¿qué puede decirse de las 19 personas que eran sospechosas de estar "cuerdas" por un psiquiatra y otro miembro de la plantilla? ¿Estaban verdaderamente "cuerdas", o más bien el hecho era que con el fin de evitar el error de Tipo II, la plantilla tendió a hacer más errores del primer tipo llamando "cuerdo" al loco? No hay ningún modo de saberlo. Pero una cosa es cierta: Cualquier proceso diagnóstico que se preste por sí mismo tan fácilmente a errores masivos de este tipo no puede ser un proceso muy fiable.

#### LA PEGAJOSIDAD DE LAS ETIQUETAS PSICODIAGNOSTICAS

Además de la tendencia de llamar enfermo al sano -una tendencia que explica mejor la conducta diagnóstica en la

admisión que tal conducta tras un periodo prolongado de exposición- 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 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 (13) demostró que existen rasgos "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 (14). "Loco", "esquizofrénico", "maníaco-depresivo", e "insano" se encuentran probablemente entre los más poderosos de dichos rasgos centrales. Una vez que una persona es calificada como anormal, todas sus otras características y conductas quedan coloreadas por esa etiqueta. Realmente, esa etiqueta es tan poderosa que muchas de las conductas normales de los pseudopacientes quedaban ignoradas totalmente o profundamente malinterpretadas. Algunos ejemplos puede que clarifiquen este asunto.

Anteriormente indiqué que no se efectuaron cambios en la historia personal y status actual de los pseudopacientes, aparte de aquéllos referidos al nombre, empleo y, allí donde se hizo necesario, vocación. Por lo demás, se ofreció una descripción verídica de la historia y circunstancias personales. Esas circunstancias no eran psicóticas. ¿Cómo se las hacía concordar con el diagnóstico de psicosis? ¿O se modificaban esos diagnósticos de tal modo que se les adecuaba a las circunstancias de la historia del pseudopaciente tal y como él las describía?

En la medida en que me es posible determinarlo, los diagnósticos no eran en modo alguno modificados por la

relativa salud de las circunstancias de la vida del pseudopaciente. En vez de eso, sucedía lo contrario: la percepción de las circunstancias del pseudopaciente quedaba modelada completamente por el diagnóstico. Un claro ejemplo de esta translación se encuentra en el caso de un pseudopaciente que, durante su primera infancia, había tenido una estrecha relación con su madre pero estuvo bastante apartado de su padre. Sin embargo, a partir de la adolescencia, su padre se convirtió en un íntimo amigo, al tiempo que se enfrió la relación con su madre. Su relación actual con su esposa era, normalmente, cercana y cálida. Aparte de algunos enfados mutuos ocasionales, la fricción era mínima. Raramente pegaban a los hijos. Seguramente no hay nada patológico en esta historia. De hecho, muchos lectores puede que vean un patrón semejante en sus propias experiencias, sin consecuencias marcadamente negativas. Obsérvese, sin embargo, cómo se tradujo esta historia en el contexto psicopatológico (proviniente del resumen del caso preparado tras el alta del paciente):

Este hombre blanco de 39 años de edad...manifiesta una larga historia de considerable ambivalencia en las relaciones íntimas, lo que comienza en su primera infancia. La cálida relación con su madre se enfría durante la adolescencia. Describe que una relación distante con el padre llega a ser muy intensa. Hay una ausencia de estabilidad afectiva. Sus intentos de control emocional con su mujer están marcados por estallidos de cólera y, en el caso de los niños, palizas. Aunque afirma que ha tenido varios buenos amigos, uno siente una considerable ambivalencia también incorporada en esas relaciones...

Los hechos del caso fueron inadvertidamente distorsionados por la plantilla para lograr consistencia con una famosa teoría de la dinámica de las reacciones esquizofrénicas (15). En la descripción de la naturaleza de las relaciones con los padres, la esposa, o los amigos, no había nada de naturaleza ambivalente. El grado en el que la ambivalencia pudiera ser inferida, no era probablemente mayor de lo que pueda hallarse en cualquier relación

humana. Es verdad que las relaciones del pseudopaciente con sus padres cambiaron con el tiempo, pero en el contexto corriente eso apenas sería reseñable (en realidad, muy bien podría esperarse tal hecho). Claramente, el significado adscrito a sus verbalizaciones (esto es, ambivalencia, inestabilidad afectiva) quedó determinado por el diagnóstico: esquizofrenia. Se habría adscrito un significado enteramente diferente si se hubiese sabido que ese hombre era "normal".

Todos los pacientes tomaban muchas notas en público. Bajo circunstancias ordinarias, tal conducta hubiese suscitado preguntas en las mentes de los observadores, como, de hecho, sucedió con los pacientes. En realidad, parecía tan seguro que las notas levantarían sospechas que se adoptaron complicadas medidas para sacarlas de la unidad todos los días. Pero las precauciones resultaron ser inútiles. El momento más cercano en que algún miembro de la plantilla llegó a preguntar algo sobre estas notas llegó cuando un pseudopaciente preguntó a su médico qué tipo de medicación estaba recibiendo y comenzó a apuntarla. "No necesitas apuntarlo", se le dijo amablemente. "Si tienes problemas para recordarlo, pregúntamelo otra vez".

Si no se le hacía ninguna pregunta a los pseudopacientes, ¿cómo se interpretaba el hecho de que escribiese? Los registros de las enfermeras de tres pacientes indican que la escritura se consideraba como un aspecto de su conducta patológica. "El paciente se dedica a escribir" fue el comentario del diario de la enfermera de uno de los pseudopacientes a quien nunca se le interrogó sobre sus escritos. Dado que el paciente está en el hospital, debe estar alterado psicológicamente. Y dado que está alterado, la escritura continúa debe ser una manifestación conductual de tal alteración, quizás un subconjunto de las conductas compulsivas que a veces se dan en la esquizofrenia.

Una característica tácita del diagnóstico psiquiátrico es que sitúa las fuentes de aberración dentro del individuo y sólo en escasas ocasiones en el complejo de estímulos que

le rodea. Consecuentemente, las conductas que están estimuladas por el entorno normalmente se atribuyen erróneamente a la alteración del paciente. Por ejemplo, una amable enfermera se encontró con un pseudopaciente paseando por los largos pasillos del hospital. "¿Nervioso, Sr. X?", preguntó. "No, aburrido", contestó.

Las notas recogidas por los pseudopacientes están llenas de conductas de pacientes que eran malinterpretadas por una bien intencionada plantilla. Era corriente que un paciente "perdiese los estribos" porque había sido maltratado, voluntaria o involuntariamente, por, pongamos por caso, un asistente. Una enfermera que se encontrase con esta escena, raramente indagaría, aun superficialmente, sobre los estímulos ambientales de la conducta del paciente. Más bien, asumía que el malestar del paciente derivaba de su patología, no de sus interacciones presentes con otros miembros de la plantilla. Ocasionalmente, la plantilla podría asumir que la familia del paciente (especialmente cuando habían estado de visita recientemente), u otros pacientes, habían estimulado el estallido. Pero nunca se encontró que la plantilla asumiese que uno de ellos mismos o de la estructura del hospital tuviese nada que ver con la conducta de un paciente. Un psiquiatra apuntó hacia un grupo de pacientes que estaba sentado fuera de la entrada de la cafetería media hora antes de comer. Le indicó a un grupo de estudiantes que tal conducta era característica de la naturaleza oral-adquisitiva del síndrome. Parecía no ocurrírsele que había muy pocas cosas que anticipar en un hospital psiquiátrico aparte del comer.

Una etiqueta psiquiátrica tiene una vida e influencia propias. Una vez formada la impresión de que el paciente es esquizofrénico, se espera que continúe siendo esquizofrénico. Cuando ha pasado una suficiente cantidad de tiempo, durante el cual el paciente no ha hecho nada extraño, se le considera estar en remisión y dispuesto para el alta. Pero la etiqueta dura más allá del alta, con la expectativa no confirmada de que otra vez se comportará como un esquizofrénico. Esas etiquetas conferidas por

profesionales de la salud mental, tienen tanto influjo sobre el paciente como sobre sus familiares y amigos, y no debería pillar de sorpresa a nadie que el diagnóstico actúe en todos ellos como una profecía autocumplida. A la postre, el propio paciente acepta el diagnóstico, con todos los significados y expectativas sobreañadidos, y se comporta en consonancia (5).

Las inferencias que deben extraerse de estos asuntos son bastante sencillas. De modo muy semejante a como Zigler & Phillips han demostrado que existe un enorme solapamiento en los síntomas presentados por pacientes que han recibido diagnósticos diversos (16), existe un enorme solapamiento entre las conductas del cuerdo y del loco. Los cuerdos no están "cuerdos" en todo momento. Perdemos nuestra compostura "sin una buena razón" para ello. Ocasionalmente estamos deprimidos o ansiosos, de nuevo sin una buena razón. Y puede que nos sea difícil llevarnos bien con una u otra persona -de nuevo sin una buena razón que podamos especificar. De modo semejante, los locos no están siempre locos. De hecho, la impresión de los pseudopacientes mientras estuvieron viviendo con ellos era de que estaban cuerdos durante largos periodos de tiempo -de modo que las conductas extrañas sobre las que sus diagnósticos presuntamente fueron alegados, constituían sólo una pequeña fracción de su conducta total. Si no tiene sentido adjudicarnos permanentemente a nosotros mismos la etiqueta de deprimidos o de ansiosos en base a una depresión ocasional, entonces se requiere una mayor evidencia de la que disponemos actualmente para poner a todos los pacientes la etiqueta de esquizofrénico o loco en base a conductas o cogniciones extrañas. Parece más útil, como Mischel (17) ha señalado, limitar nuestras discusiones a *conductas*, los estímulos que las provocan, y sus correlatos.

Se desconoce por qué surgen poderosas impresiones de rasgos de personalidad, tales como "loco", o "insano". Probablemente, cuando los orígenes de una conducta y los estímulos que la originan son remotos o desconocidos se

suscitan etiquetas de rasgo respecto al *que se comporta*. Cuando, por el otro lado, los orígenes y los estímulos son conocidos y accesibles, el discurso se limita a la conducta en sí misma. Así pues, puede que alucine porque estoy durmiendo, o porque he ingerido una droga peculiar. Estas son denominadas, respectivamente, alucinaciones inducidas por el dormir, o sueños, y alucinaciones inducidas por una droga. Pero cuando los estímulos de mis alucinaciones son desconocidos, a eso se le llama locura, o esquizofrenia -como si esa inferencia fuese de algún modo tan iluminadora como las otras.

#### LA EXPERIENCIA DE LA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

El término "enfermedad mental" es de origen reciente. Fue acuñado por personas de inclinaciones humanitarias que, además, deseaban muchísimo elevar el estado del alterado psicológicamente desde el de "brujas" y "locos" a otro que fuese afín al del físicamente enfermo. Asimismo deseaban concitar las simpatías del público hacia dichas personas alteradas. Y tuvieron éxito al menos parcialmente, ya que el tratamiento del enfermo mental *ha* mejorado considerablemente a lo largo de los años. Pero mientras que el tratamiento ha mejorado, es dudoso que la gente realmente considere del mismo modo al enfermo mental que al enfermo físico. Una pierna rota es algo de lo que uno se recupera, pero las enfermedades mentales supuestamente duran para siempre (18). Una pierna rota no amenaza al observador, ¿y un esquizofrénico pirado? Disponemos de un cúmulo de evidencia de que las actitudes hacia el enfermo mental están caracterizadas por temor, hostilidad, frialdad, suspicacia, y espanto (19). El enfermo mental es el leproso de la sociedad.

El que tales actitudes infecten la población general quizás no es sorprendente, tan sólo molesto. Pero que afecten a los profesionales (auxiliares, enfermeras, médicos, psicólogos y asistentes sociales) que cuidan y

tratan al enfermo mental es más desconcertante, tanto porque tales actitudes son manifiestamente perniciosas como porque son inconscientes. La mayoría de los profesionales de la salud mental insistirían en que sintonizan con los enfermos mentales, en que no les causan ni hostilidad ni rechazo. Pero es más que probable que una exquisita ambivalencia caracterice sus relaciones con los pacientes psiquiátricos, de modo que sus impulsos declarados sean tan sólo parte de su actitud total. Las actitudes negativas son demasiadas y pueden detectarse. Estas actitudes no deberían sorprendernos. Son la descendencia natural de las etiquetas que llevan los pacientes y de los lugares en que éstos se encuentran.

Consideremos la estructura del típico hospital psiquiátrico. La plantilla y los pacientes permanecen estrictamente segregados. La plantilla tiene su propio espacio vital, constituido por comedores, baños, y sitios de reunión. Las acristaladas dependencias que contienen a la plantilla, a las que los pacientes han dado en llamar "la jaula", quedan fuera de las unidades de día. La plantilla emerge fundamentalmente con algún fin asistencial: para dar la medicación, dirigir una terapia o una reunión de grupo, o para dar instrucciones o reprender a un paciente. Por lo demás, la plantilla se recluye a sí misma, casi como si la enfermedad que les afecta fuese de algún modo contagiosa.

Tal es la norma de segregación paciente-plantilla que, en cuatro hospitales públicos en los que se intentó medir el grado en que la plantilla y los pacientes se mezclaban, se hizo necesario usar el "tiempo-fuera de la jaula de la plantilla" como medida operativa. Si bien no se daba el caso de que todo el tiempo fuera de la jaula se emplease en tratar con los pacientes (los ayudantes, por ejemplo, a veces salían para ver la televisión en la sala de día), ese fue el único medio fiable de recoger alguna medida de datos temporales.

La cantidad media de tiempo empleado por los ayudantes fuera de la jaula fue del 11.3% (rango de 3 a 52 por ciento). Este número representa no sólo el tiempo

empleado con los pacientes, sino que también incluye el tiempo empleado rutinas tales como doblar la ropa lavada, supervisar a los pacientes mientras éstos se afeitaban, dirigir la limpieza de la unidad, y enviar a los pacientes a actividades fuera de la unidad. Era relativamente raro el ayudante que empleaba algún tiempo charlando con los pacientes o jugando con ellos. Fue imposible obtener un "porcentaje de tiempo de interacción" en las enfermeras dado que el tiempo total que emplearon fuera de la jaula fue demasiado escaso. En términos medios, las enfermeras de día emergían de la jaula 11.5 veces por turno, incluyendo aquéllos casos en los que salían por completo de la unidad (rango de 4 a 39 veces). Las enfermeras de la tarde y de la noche estaban incluso menos disponibles; emergían una media de 9.4 veces por turno (rango de 4 a 41 veces). No hay datos disponibles de las enfermeras del primer turno (quienes normalmente llegaban a medianoche y salían a las 8 de la mañana) pues los pacientes estaban dormidos durante la mayor parte de este periodo.

Los médicos, especialmente los psiquiatras, estaban incluso menos disponibles. Raramente se les veía en las unidades. Con bastante frecuencia se les veía sólo al llegar y al marcharse, empleando el tiempo restante en sus oficinas o en la jaula. En términos medios, los médicos emergían a la unidad 6.7 veces al día (rango de 1 a 17 veces). Fue difícil efectuar una estimación precisa a este respecto ya que los médicos a menudo mantenían horarios que les permitían llegar y marcharse sin horas fijas.

Aunque la organización jerárquica del hospital psiquiátrico ya ha sido comentada anteriormente (20), merece la pena advertir de nuevo el significado latente de ese tipo de organización. Aquéllos con más poder tienen menos relación con los pacientes, y aquellos con menos poder están más involucrados con éstos. Recuérdese, sin embargo, que la adquisición de conductas apropiadas al rol sucede principalmente a través de la observación de otros y que, además, el más poderoso tiene la mayor influencia. Consecuentemente es comprensible que los

ayudantes no sólo empleen más tiempo con las pacientes que cualquier otro miembro de la plantilla -lo que es demandado por su posición en la jerarquía- sino también, en la medida en que lo aprenden de sus superiores, que empleen el menor tiempo posible que puedan con los pacientes. A los ayudantes se les puede ver principalmente en la jaula, que es donde están los modelos, la acción, y el poder.

Me dirijo ahora a analizar un conjunto diferente de estudios que tratan de la respuesta de la plantilla al contacto iniciado por el paciente. Se sabe desde hace mucho que el tiempo total que una persona emplea contigo puede ser un índice de la importancia que tienes para él. Si inicia y mantiene el contacto visual, existe una razón para creer que está considerando tus peticiones y necesidades. Si se para a charlar, o de hecho detiene su actividad y habla, existe una razón añadida para inferir que está teniendo una relación individual contigo. En cuatro hospitales, el pseudopaciente se acercó a un miembro de la plantilla con una petición expresada del modo siguiente: "Perdone Sr. [o Dr. o Sra.] X, ¿me podría indicar cuando podré disfrutar de los privilegios básicos?" (o "...¿cuándo me van a llevar a la reunión de la plantilla?" o "...¿cuando podrán darme el alta?"). Mientras que el contenido de la pregunta variaba de acuerdo a la pertinencia del objetivo y las necesidades actuales (aparentes) del pseudopaciente, la forma era siempre cortés y demandaba una información relevante. Se tomó un especial cuidado en no acercarse nunca más de una vez al día a un mismo miembro de la plantilla con el fin de no irritarle o levantar sospechas. Al examinar estos datos, recuerde que la conducta de los pseudopacientes no era ni extraña ni estaba alterada. De hecho uno podía entablar una buena conversación con ellos.

Los datos de este experimento se muestran en la Tabla 1, de modo separado para los médicos (columna 1) y para las enfermeras y ayudantes (columna 2). Las pequeñas diferencias entre estas cuatro instituciones fueron sobrepasadas por el grado en que la plantilla evitaba

continuar los contactos que los pacientes habían iniciado. Con mucha diferencia, su respuesta más frecuente consistía bien en una breve respuesta a la pregunta, ofrecida mientras "segúan su camino" y con la cabeza vuelta, o bien en no dar absolutamente ninguna respuesta.

El encuentro adquiría normalmente esta estafalaria forma: (pseudopaciente) "Perdóneme, Dr. X. ¿podría decirme cuando voy a poder conseguir los privilegios básicos?", (médico) "Buenos días, David. ¿Qué tal te encuentras hoy?" (Desaparece sin esperar la respuesta).

Es instructivo comparar estos datos con otros recientemente obtenidos en Stanford University. Se ha argüido que las universidades grandes y eminentes se caracterizan por tener un profesorado tan ocupado que no tiene tiempo para los estudiantes. Para efectuar esta comparación, una joven se acercó a los profesores que parecían dirigirse a alguna reunión o algún asunto relacionado con la enseñanza, y les preguntaba las siguientes seis preguntas:

1. "Perdóname, ¿podrías indicarme la dirección del Pabellón Encina?" (en la Facultad de Medicina: "¿... del Centro de Investigación Clínica?").
2. "¿Sabes dónde hay un MacDonald's?" (no hay MacDonald's en Stanford).
3. "¿Das clase aquí?"
4. "¿Cómo se matricula uno en la Facultad?"
5. "¿Es difícil ser admitido?"

#### 6. "¿Hay algún tipo de becas?"

Sin ninguna excepción, como se puede contemplar en la Tabla 1 (columna 3), todas las preguntas fueron contestadas. No importa la prisa que tuvieran, todos los interrogados no sólo mantuvieron contacto ocular, sino que se detuvieron a hablar. De hecho, muchos de los interrogados, abandonaron su camino para señalar o acompañar a la interrogadora a la oficina que estaba buscando, a intentar localizar el MacDonald's, o a discutir sobre sus posibilidades de ser admitida en la universidad.

Se obtuvieron datos semejantes en el hospital (también mostrados en la Tabla 1: columnas 4, 5, y 6). Aquí también, la joven vino preparada con 6 preguntas. Tras la primera pregunta, sin embargo, remarcó a 18 de sus interrogados (columna 4), "Estoy buscando un psiquiatra", y a otros 15 (columna 5) "Estoy buscando un internista". Otros 10 interrogados no recibieron ningún comentario insertado (columna 6). El grado general de respuestas cooperativas es considerablemente mayor en esos grupos universitarios que el obtenido por los pseudopacientes en los hospitales psiquiátricos. Aun así, las diferencias son palpables en el recinto de la Facultad de Medicina. Una vez que indicaba que estaba buscando un psiquiatra, el grado de cooperación suscitado fue menor que cuando buscaba un internista.

	Hospitales Psiquiátricos (1)	Campus Univ. (no médico) (3)	CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO			
			Médicos			
			(4)	(5)	(6)	
	Psiquiatras	Enfermeras y ayudantes	Profesores	"Buscando un psiquiatra"	"Buscando un internista"	Ningún comen- tario adicional
<b>CONTACTO</b>						
<b>Respuestas</b>						
Sigue, cabeza vuelta (%)	71	88	0	0	0	0
Establece contacto ocular	23	10	0	11	0	0
Para y habla	2	2	0	11	0	10
Para y habla	4	0.5	100	78	100	90
Número medio de preguntas contestadas (de 6)	a	a	6	3.8	4.8	4.5
Respondentes (número)	13	47	14	18	15	10
Intentos (número)	185	1283	14	18	15	10

## IMPOTENCIA Y DESPERSONALIZACION

El contacto verbal y ocular reflejan preocupación e individualización; su ausencia, rechazo y despersonalización. 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. Tengo registros de pacientes que fueron golpeados por la plantilla por el pecado de haber iniciado un contacto verbal. Durante mi propia experiencia, por ejemplo, un paciente fue golpeado en presencia de otros por haberse acercado a un ayudante y decirle "Me gustas". En alguna ocasión, el castigo impuesto por el delito de los pacientes parecía tan excesivo que no podía justificarse ni siquiera por las interpretaciones más radicales del canon psiquiátrico. No obstante, parecían acontecer sin más cuestionamientos. El aguante era normalmente corto. Podía increparse a un paciente por no haber escuchado una llamada de medicación, y los ayudantes de la mañana a menudo levantaban a los pacientes con un "¡Vamos, gilip....., fuera de la cama!".

Ni datos anecdóticos ni datos "duros" pueden suprimir la irresistible sensación de impotencia que invade a un individuo expuesto continuamente a la despersonalización del hospital psiquiátrico. Apenas importa *qué* hospital psiquiátrico -los públicos excelentes y los hospitales privados muy lujosos eran mejores en este respecto que los rurales y los destartalados, pero, de nuevo, las características que los hospitales psiquiátricos tenían en común sobrepasaban con mucho sus diferencias aparentes.

La impotencia se hacía evidente en cualquier circunstancia. Al paciente se le priva de muchos de sus derechos legales por mor de su estado psiquiátrico (21). Se le desprovee de credibilidad por virtud de su etiqueta psiquiátrica. Su libertad de movimientos está restringida. No puede iniciar contactos con la plantilla, pero muchos sólo responden a tales aperturas conforme las efectúan. La

intimidad personal es mínima. Las habitaciones del paciente y sus pertenencias personales pueden ser examinadas por cualquier miembro de la plantilla, por cualquier razón. Su historia y su angustia personales están disponibles para cualquier miembro de la plantilla (o, a menudo, cualquier intruso) que elija leer su historial, sin importar cuál sea la relación terapéutica con él. Su higiene personal y la evacuación de basura son controladas frecuentemente. Los cuartos de baño puede que no dispongan de puertas.

A veces, la despersonalización alcanzaba tales proporciones que los pseudopacientes tenían la sensación de que eran invisibles, o cuando menos no merecedores de atención. Al ser admitidos, yo y otros pseudopacientes pasamos los exámenes médicos iniciales en una sala semipública, en donde los miembros de la plantilla continuaban con sus propios asuntos como si no estuviésemos allí.

En la unidad, los ayudantes manifestaban abusos verbales, y ocasionalmente físicos, hacia los pacientes en presencia de otros pacientes, algunos de los cuales (los pseudopacientes) estaban apuntando todo. La conducta abusiva, por otro lado, terminaba abruptamente cuando se sabía que estaban llegando otros miembros de la plantilla. Los miembros de la plantilla son testigos creíbles. Los pacientes no.

Una enfermera se desabrochó su uniforme para ajustarse el sujetador en medio de una sala llena de hombres que la estábamos observando. Uno no tenía la sensación de que estaba siendo seductora. Más bien, no se daba cuenta de nuestra presencia. Un grupo de personas de la plantilla podía señalar a un paciente en la sala de día y discutir animadamente sobre él, como si no estuviese allí.

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 Elavil, Stelazine, 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). Sólo se ingirieron dos. El resto fueron metidas en el bolsillo o arrojadas al retrete. Los pseudopacientes no eran los únicos en hacer ésto. Aunque no dispongo de registros precisos de cuántos pacientes rechazaban sus medicaciones, los pseudopacientes a menudo hallaban la medicación de otros en el retrete antes de que arrojasen la suya propia. En tanto en cuanto sus conductas y las de los pseudopacientes fuesen cooperativas en éste y otros asuntos importantes, eran ignorados totalmente.

Las reacciones de los pseudopacientes ante tal despersonalización fueron intensas. Aunque habían llegado al hospital como observadores participantes y eran completamente conscientes de que no "perteneían" a él, sin embargo se encontraron a sí mismos atrapados y luchando en el proceso de despersonalización. Algunos ejemplos: un licenciado en Psicología le pidió a su esposa que trajera sus libros al hospital de modo que pudiese "avanzar en las asignaturas" (ésto lo hizo a pesar de las complicadas precauciones tomadas para ocultar su ocupación profesional). El mismo estudiante, que se había estado entrenando durante algún tiempo para entrar en el hospital, y que había estado esperando esta experiencia, "se acordó" que quería ver algunas carreras de obstáculos el fin de semana e insistió en que se le diese permiso para esos días. Otro pseudopaciente intentó un romance con una enfermera. Más tarde, informó a la plantilla que estaba solicitando la admisión para hacer el doctorado en una Facultad de Psicología y que era muy probable que le admitiesen ya que un profesor de la facultad era uno de sus asiduos visitantes al hospital. La misma persona comenzó a meterse en una psicoterapia con otros pacientes -todo ello como un medio de ser una persona en un entorno impersonal.

#### LAS FUENTES DE DESPERSONALIZACION

¿Cuáles son los orígenes de la despersonalización? Ya he mencionado dos. En primer lugar están las actitudes que todos mantenemos hacia los enfermos mentales - incluyendo a aquellos que les tratan-, actitudes caracterizadas por temor, desconfianza, y horribles expectativas, por un lado, e intenciones benevolentes por el otro. Nuestra ambivalencia nos conduce, tanto en este caso como en otros, al rechazo.

En segundo lugar, y no completamente ajeno a lo anterior, la estructura jerárquica del hospital facilita la despersonalización. Aquellos que están en la cumbre tienen menos relación con los pacientes, y sus conductas inspiran al resto de la plantilla. El contacto medio con los psiquiatras, psicólogos, residentes, y médicos, todos ellos en conjunto, osciló de 3.9 a 25.1 minutos, con una media global de 6.8 (seis pseudopacientes sobre un total de 129 días de hospitalización). Se halla incluido en esta media el tiempo empleado en la entrevista de admisión, reuniones en la unidad en presencia de uno de esos miembros de la plantilla, contactos terapéuticos individuales o de grupo, discusiones conjuntas de casos, y reuniones para dar el alta. Está claro que los pacientes no emplean mucho tiempo en el contacto interpersonal con la plantilla médica. Y ésta sirve como modelo para las enfermeras y los ayudantes.

Existen probablemente otras fuentes de despersonalización. Las instalaciones psiquiátricas padecen actualmente serias estrecheces económicas. Las reducciones de plantilla son profundas y el tiempo de la plantilla está muy sobrecargado. Algo ha de perderse y ese algo es contacto con el paciente. Sin embargo, mientras que las dificultades financieras son realidades, se les concede demasiada importancia. Tengo la impresión de que las fuerzas psicológicas que desembocan en la despersonalización son mucho más fuertes que las fiscales y que un aumento de plantillas no mejoraría de modo paralelo el cuidado del paciente a este respecto. La incidencia de reuniones de la plantilla y la enorme

cantidad de toma de registros de los pacientes, por ejemplo, no se ha reducido tan considerablemente como se ha hecho con el contacto con los pacientes. Existen prioridades, incluso en tiempos difíciles. El contacto con el paciente no es una prioridad significativa en el hospital psiquiátrico tradicional, y las presiones fiscales no pueden explicar ésto. El rechazo y la despersonalización sí pueden hacerlo.

La rotunda confianza en la medicación psicotrópica contribuye tácitamente a la despersonalización al convencer a la plantilla que el tratamiento está siendo conducido y que un contacto adicional con el paciente puede no ser necesario. Incluso aquí, sin embargo, se requieren ciertas precauciones para comprender el papel de las drogas psicotrópicas. Si los pacientes estuviesen dotados de poder en vez de estar impotentes, si fuesen contemplados como individuos interesantes en vez de entidades diagnósticas, si fuesen socialmente significativos en vez de leprosos sociales, si su angustia desencadenase absoluta y verdaderamente nuestras simpatías y preocupaciones, ¿no *buscáramos* contacto con ellos, a pesar de disponer de medicamentos? ¿Quizás por el placer que todo ello pudiera conllevar?

#### LAS CONSECUENCIAS DEL ETIQUETAJE Y LA DESPERSONALIZACION

Cuandoquiera que el ratio de lo que se conoce frente a lo que se necesita conocer se aproxima a cero, tendemos a inventar "conocimiento" y a asumir que conocemos más de lo que de hecho conocemos. Las necesidades de diagnóstico y remedio de problemas conductuales y emocionales son enormes. Pero en vez de reconocer que aún estamos embarcándonos en su comprensión, seguimos etiquetando a los pacientes como "esquizofrénicos", "maníaco-depresivos, y "locos", como si en esas palabras hubiésemos capturado la esencia de su comprensión. El estado de la cuestión es que sabemos desde hace tiempo que los diagnósticos a menudo no son fiables o útiles

pero hemos seguido, no obstante, usándolos. Ahora sabemos que no podemos distinguir la cordura de la locura. Es deprimente considerar cómo se va a utilizar esa información.

No sólo deprimente, sino atemorizante. ¿Cuántas personas en nuestras instituciones psiquiátricas, uno se pregunta, están en su juicio pero no se les reconoce su estado? ¿Cuántos han sido innecesariamente privados de sus derechos como ciudadanos, desde el derecho a conducir y votar hasta el de controlar sus cuentas bancarias? ¿Cuántos han fingido locura para evitar las consecuencias criminales de su conducta, y, de modo inverso, cuántos preferirían someterse a un juicio en vez de vivir indefinidamente en un hospital psiquiátrico -pero se piensa erróneamente que están mentalmente enfermos? ¿Cuántos han sido estigmatizados por diagnósticos bien intencionados pero, sin embargo, erróneos? En este último punto, recuérdese de nuevo que un "error de Tipo II" en un diagnóstico psiquiátrico no tiene las mismas consecuencias que en un diagnóstico médico. Un diagnóstico de cáncer que se descubre erróneo es motivo de celebración. Pero los diagnósticos psiquiátricos raramente se descubre que son erróneos. La etiqueta, una marca de anormalidad, se adhiere para siempre.

Finalmente, ¿cuántos pacientes podrían estar "cuerdos" fuera del hospital psiquiátrico pero parecen locos en él-no porque la locura radique en ellos, sino porque están respondiendo a un entorno extraño, un entorno que puede que sea privativo de instituciones que albergan personas inferiores? Goffman (4) denomina "mortificación" al proceso de socialización que acontece en tales instituciones -una metáfora válida que incluye el proceso de despersonalización que ha sido descrito aquí. Y mientras que es imposible saber si las respuestas de los pseudopacientes a estos procesos son características de todos los internos -al fin y al cabo no eran auténticos pacientes- es difícil creer que estos procesos de socialización de un hospital psiquiátrico proporcionen

actitudes o hábitos de respuesta útiles para vivir en el "mundo real".

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Está claro que no podemos distinguir al cuerdo del loco en los hospitales psiquiátricos. El hospital impone en sí mismo un ambiente especial en el que los significados de las conductas pueden fácilmente malinterpretarse. Las consecuencias para los pacientes hospitalizados en tal ambiente -impotencia, despersonalización, segregación, mortificación y autoetiquetamiento- parecen indudablemente contraterapéuticos.

Incluso ahora, no comprendo el problema lo bastante bien como para atisbar soluciones. Pero dos aspectos parecen conllevar alguna promesa. El primero se refiere a la proliferación de centros comunitarios de salud mental, de centros de intervención para crisis, del movimiento del potencial humano, y de las terapias de conducta que, con todos sus problemas, tienden a evitar etiquetas psiquiátricas, a centrarse en conductas y problemas específicos, y a mantener al individuo en un ambiente relativamente no peyorativo. Parece claro que en el grado en que nos abstengamos de enviar a las personas con problemas a lugares insanos, nuestra impresión de aquéllas es menos probable que se distorsione. (El riesgo de la percepción distorsionada, me parece a mí, está siempre presente, dado que somos mucho más sensibles a las conductas y verbalizaciones de un individuo que a los sutiles contextos estimulares que a menudo las promueven. Lo que aquí se discute es un asunto de magnitud. Y, como he mostrado, la magnitud de la distorsión es enormemente alta en el contexto extremo que supone un hospital psiquiátrico).

El segundo aspecto que podría parecer prometedor trata de la necesidad de incrementar la sensibilidad de los trabajadores e investigadores de la salud mental a la situación de "sin salida" en que se encuentran los pacientes psiquiátricos. Simplemente el hecho de leer

materiales en este área será de ayuda a muchos de ellos. Para otros, el experimentar directamente el impacto de la hospitalización psiquiátrica será de una utilidad enorme. Parece claro que una mayor investigación en la psicología social de tales instituciones en su totalidad facilitará el tratamiento y profundizará su comprensión.

Yo y los otros pseudopacientes en la institución psiquiátrica tuvimos reacciones inconfundiblemente negativas. No pretendemos describir las experiencias subjetivas de los pacientes verdaderos. Las suyas puede que sean diferentes a las nuestras, en especial con el paso del tiempo y el necesario proceso de adaptación al propio entorno. Pero podemos hablar, y así lo hacemos, de los índices relativamente más objetivos de tratamiento dentro de los hospitales. 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. Muy por el contrario, nuestra abrumadora impresión es la de que eran personas realmente preocupadas, entregadas, y muy inteligentes. Allí donde fallaban, como de hecho lo hicieron a veces dolorosamente, sería más preciso atribuir esos fallos al ambiente en el que ellos también se encontraban, que a una posible insensibilidad personal. 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 benignos y efectivos.