

I. Introducción: Argumento General

Capítulo I de *Una nueva Antipsiquiatría*

Carlos Pérez Soto

Profesor de Estado en Física

La *medicalización del sufrimiento*, incluso del malestar cotidiano, ha llegado a ser una realidad políticamente significativa en nuestro país. Que en el cruce de dos calles haya hasta tres farmacias, que las farmacias estén llenas, que las colusiones de precios entre las empresas que las controlan de manera casi monopólica pasen rápidamente al olvido, ha llegado a ser algo completamente habitual. Como también se ha convertido en una realidad cotidiana que no sólo los psiquiatras sino también muchos otros profesionales médicos, como ginecólogos, gastroenterólogos, dermatólogos, receten de manera habitual fármacos que afectan al sistema nervioso, bajo la idea de que a través de ellos podrían aliviar, e incluso curar, síntomas que se han convertido en una omnipresente compañía cotidiana, como las alergias, los malestares gástricos, las dificultades del sueño, las ansiedades del embarazo, el cansancio elevado a la condición misteriosa de “estrés”. Incluso, más allá, la medicalización se ha extendido a los psicólogos, los orientadores de colegio, los terapeutas familiares, que remiten habitualmente a las personas que atienden a la consulta del psiquiatra, que hace el oficio de “contener” a los “pacientes” con fármacos, mientras se realiza, en paralelo, una intervención más dialogada, e interactiva.

Como expondré a lo largo de este texto, la *medicalización* de los procedimientos para abordar una situación problemática consiste en reducir los aspectos del problema a categorías médicas, en general a través de teorías que mostrarían su origen biológico y su eventual peligrosidad en términos de “salud”, “enfermedad”, y sus correlatos lógicos “terapia”, “curación”. La consecuencia inmediata de esta reducción es el cambio de las preocupaciones del afectado desde el ámbito de su voluntad, de su autonomía o la capacidad de acción propia o entre sus pares, a una esfera en que resulta dependiente de la opinión de “expertos” que le diagnostican males orgánicos y le ofrecen tratamientos farmacológicos. Los expertos convierten sus dolencias en cuadros clínicos e incluso, muchas veces, *pre clínicos*, que requerirían de intervención técnica especializada para situaciones que le ocurren de manera actual o futura. Por esta vía se ha promovido un verdadero *adelantamiento diagnóstico* para promover el tratamiento farmacológico de condiciones que sin ser por sí mismas enfermedades *podrían* convertirse en una, como la hipertensión o los niveles elevados de colesterol o, también, se han convertido en situaciones médicas estados que, por sí mismos, no lo son en absoluto, como el embarazo o la vejez.

A pesar de que el problema general de la medicalización merece un tratamiento específico y propio, el argumento central que desarrollo en este texto está referido en particular a la medicalización que se ejerce sobre las alteraciones del comportamiento o, también, para decirlo de una manera más profunda, el tratamiento médico de las dificultades que se presentan en el ámbito de la subjetividad. Del reconocimiento, en principio positivo y útil, de que toda alteración de la salud va acompañada de alteraciones correspondientes en el ánimo y el comportamiento, se ha pasado sin más a la idea de que esas alteraciones del ánimo son, por sí mismas un asunto médico, con lo que no sólo la presencia de la profesión médica se extiende hasta prácticamente todos los ámbitos de la vida cotidiana sino que, también, a la inversa, se ha creado de manera artificial una demanda desde los propios ciudadanos que se ven ahora empujados a recurrir a la asistencia médica a propósito de cualquier tipo de alteración en el curso de sus vidas. La dimensión psicosomática de las afecciones físicas se extiende hasta convertirla en una variable médica por sí misma, oscureciendo completamente sus raíces intersubjetivas, sociales e

históricas. La tristeza, la soledad, la falta de habilidades sociales, la capacidad de ensoñación, la curiosidad e inquietud calificadas de “excesivas” y, desde luego, la rabia, la rebeldía, la resistencia a aceptar los patrones conductuales adecuados al consumo y la sobre explotación, se convierten de pronto en “enfermedades”, o en pre enfermedades, en cuadros diagnosticables a través de categorías clínicas que requerirían tratamientos, directos o *preventivos*, de tipo médico. Para lograr esta conversión se ha constituido una práctica en que se tiende a caracterizar cada uno de estos estados a través de sus manifestación extrema (la tristeza es llamada “depresión”, el dolor común es llamado “duelo”, la inquietud infantil es llamada “hiperactividad”, la capacidad de atender simultáneamente a varios estímulos “déficit atencional”), a través de escalas de apreciación completamente vagas que facilitan un verdadero escalamiento diagnóstico, que convierte a un indignado en un inadaptado, a este inadaptado en una persona bipolar y, por supuesto, a esta tendencia bipolar en la manifestación de una alteración “endógena”.

Las consecuencias políticas de la generalización de esta situación son evidentes. Ante la sobre explotación, ante las nuevas formas de cansancio que producen los medios tecnológicos avanzados, ante una vida atravesada de exitismo, competitividad, condiciones laborales extremas, los ideologismos dominantes parecen decirnos, por todos lados, “el problema *es suyo*, no es del sistema, no es del entorno, es suyo” (individualización). Pero, en seguida, puesto el problema en nosotros, nos dicen “su problema es *psicológico*”, en el sentido banal de que aparece sólo en virtud de una mala apreciación de la realidad, de una percepción defectuosa, que por supuesto es culpa nuestra, de nuestras posibilidades (psicologización). Pero si insistimos, si el problema y sus síntomas persisten, nos dicen “lo que ocurre es que su problema es *endógeno*” (naturalización). Problemas que tienen un evidente origen y carácter social y político en primer término resultan invisibles (“no son esa clase de problemas”), en segundo lugar diagnosticables (“se trata de problemas médicos”) y, por supuesto, “tratables” de manera farmacológica.

Junto a esta significación política, y de una forma completamente consistente, la medicalización del sufrimiento se ha convertido en un gigantesco negocio. En primer lugar para la industria farmacéutica, cuya *influencia* sobre los medios de comunicación, sobre la profesión médica, sobre las autoridades de salud ha adquirido todas las formas lícitas e ilícitas, hasta constituir un verdadero *tráfico de enfermedades* (disease mongering)¹, es decir, la promoción artificial en la opinión pública de alarmas en torno a supuestos cuadros clínicos o pre clínicos preocupantes... para los que se cuenta de manera sospechosamente justa y oportuna con fármacos que permitirían abordarlos. Pero, también, toda la situación es un excelente negocio para lo que hoy se suele llamar sin rubor *industria médica*², es decir, los grandes hospitales y clínicas privadas, provistas de enormes capacidades de propaganda, de gestión, e incluso de investigación y desarrollo por cuenta propia. Y se extiende, más allá, a la profesión médica en general (que está comúnmente considerada entre las profesiones liberales más rentables), y a la de la enorme comunidad de investigadores en la ciencia biológica, que ha llegado a depender casi completamente de los fondos de investigación provenientes de las industrias farmacológicas y de la alimentación.

El significado político y económico de la medicalización, sin embargo, no puede ser la base y el fundamento de su crítica. Desde un punto de vista argumentativo estricto, perfectamente podría ocurrir

¹ Ver, de manera preliminar, Ray Moynihan y David Henry, *The fight against Disease Mongering: generating knowledge for action*, en Plos Medicine Journal, Vol. 3 Issue 4, Abril 2006, en www.plosmedicine.org.

² El artículo clásico al respecto es Arnold S. Relman, *The new medical-industrial complex*, en The New England Journal of Medicine, Vol. 303, N° 17, 23 Octubre 1980, pág. 963-970.

que aún teniendo este efecto político que consideramos nefasto, y estando apoyada en estos rendimientos mercantiles que nos parecen inmorales, la conversión médica del sufrimiento esté fundada en auténticos descubrimientos, en investigaciones médicas genuinas, que pueden mejorar sensiblemente las condiciones de alteración de las que se ocupan. Podría ocurrir aquí un verdadero paraíso liberal: la confluencia de los buenos negocios, el orden social y el mejoramiento continuo de las condiciones de vida. Y esa es, desde luego, la “buena consciencia” de la mayoría de los actores sociales involucrados (en particular, la del gremio médico), que pueden ejercer así su labor no sólo convencido que aportan más soluciones que problemas, sino incluso con una fuerte consciencia de “benefactores de la humanidad” que hace que cualquier objeción en torno a la situación general sea vista como irracional, como mezquina, como una disrupción motivada por oscuros intereses políticos... o por algún cuadro “endógeno” que encuentra en tales irracionalidades una manera de expresarse.

Para poder razonar de manera más o menos estricta en este campo, es necesario que sus consecuencias políticas y económicas aparezcan más bien como efectos que como causas. Es decir, que se muestre que la falta de fundamento propiamente científico de las pretensiones clínicas, sobre todo en el ámbito de la subjetividad, es el origen de hecho, sobre el cual pueden prosperar los intereses económicos y los usos políticos. O, de manera más precisa, que esa falta de fundamento científico es la que vuelve objetables e impugnables los usos imperantes en esta situación de medicalización, y vuelve objetables e impugnables el usufructo económico y los efectos disciplinantes que los poderes dominantes obtienen de ella.

Lo mejor es tratar de mantener la base de la argumentación en el plano de las situaciones objetivas y objetivables para, desde ellas, avanzar hacia un juicio moral y político. El procedimiento contrario se expondría a crear un argumento meramente ad hominem: la situación sería criticable sólo en virtud de los intereses y la moralidad de sus promotores. Pero este argumento ad hominem no es necesario. Ocurre que hay razones perfectamente objetivas que permiten criticar todas y cada una de las tendencias que he enumerado. Razones que, además, están sustentadas en la misma clase de argumentos que los promotores de la medicalización de la vida aceptan como válidos, es decir, en el examen científico de las evidencias disponibles, y en la estimación científica de sus posibilidades reales. El argumento general que me interesa defender, entonces, es en primer lugar interno: *la medicalización de sufrimiento cotidiano carece de las bases científicas que proclama.*

Es sobre esa base que avanzaré en el texto, luego, hacia dos ámbitos propiamente políticos. Uno, que es el que me parece más útil y urgente, es el de las recomendaciones prácticas en el ámbito de las situaciones cotidianas, que puedan ser un aporte, ahora y ya, para los miles y miles de niños, ancianos, embarazadas, oficinistas sobre explotados, mujeres discriminadas, que han sido llevados de manera artificiosa e interesada a creer que sus sufrimientos tienen un origen orgánico y que pueden ser aliviados o resueltos a través de fármacos que afectan al sistema nervioso. Esta política, la de la vida cotidiana, es hoy una verdadera condición para aquello que habitualmente se ha entendido como política. Este es el sentido profundo que anima a todo este texto: *no habrá política crítica real, en cualquiera de sus ámbitos, mientras persista esta situación de verdadera destrucción progresiva de las bases psíquicas que, en cada uno, hacen posible una ciudadanía consciente.* Contra la destrucción de la autonomía de los ciudadanos, que es probablemente el hecho político central en nuestros días. Ese es el propósito de fondo de esta argumentación.

Para hacer esto hay que internarse en campos poco habituales para la discusión política común. Hay que enfrentar la pretensión de saber del gremio médico, desde sus propios criterios acerca de cómo se funda el saber. Pero, además de esta necesidad de proceder desde una argumentación rigurosa, hoy en día esto resulta necesario por otra razón, inédita pero no inesperada: la demanda, de parte de los propios afectados, de que se les ofrezcan argumentos respaldados científicamente. La hegemonía y legitimidad del punto de vista médico ha alcanzado niveles tales entre los ciudadanos comunes, que surge entre ellos mismos, aún siendo afectados, aún sufriendo las consecuencias, la demanda de ser atendidos a través de fórmulas médicas, y una resistencia correlativa a las razones que puedan contravenir lo que les ha llegado a parecer evidente. Esto produce una situación muy práctica y muy concreta en las discusiones con los ciudadanos comunes, que son y deben ser los destinatarios de cualquier política: no escapan a la lógica médica en que han sido involucrados a partir de argumentos simples e inmediatos en torno a su trasfondo político o los intereses económicos en juego. Aunque sepan que son víctimas de una industria atroz, ávida de lucro, aunque sepan que la consecuencia cotidiana es reintegrarlos a las situaciones de sobre explotación que los agobian, los afectados suelen tener la firme convicción de que tales terapias y fármacos los ayudan a sortear situaciones concretas e inmediatas y que, a mediano plazo, podrán ayudarlos a resolverlas. Es por esto que lo que es urgente mostrar, de manera inversa, es que no sólo no hay base científica válida para las teorías que se les aplican sino, también, que en términos puramente médicos la apuesta por la medicalización conlleva riesgos que no compensan en absoluto a los eventuales beneficios, y produce trastornos similares o peores que aquellos que dice poder aliviar.

Es por esto que he escogido empezar mi argumentación directamente, en el *capítulo segundo*, desde el ámbito médico. El problema general es si hay base científica suficiente para sostener que las alteraciones del comportamiento pueden ser consideradas y tratadas como enfermedades. Desde luego esto requiere de una consideración previa en torno a qué es lo que se puede llamar “enfermedad”. He abordado este asunto desde un punto de vista epidemiológico, especificando, entre la amplia diversidad de situaciones que han sido consideradas de esta manera, lo que podría considerarse como paradigma de la medicina científica, desde mediados del siglo XIX en adelante. Es decir, especificando de la manera más precisa posible lo que habitualmente se llama *modelo médico*. Un modelo en torno al cual pueden adquirir sentido las expresiones correlativas asociadas: salud, terapia, curación, causas.

El modelo médico de enfermedad es, por supuesto, una construcción teórica que, como tal, se ajusta de manera variable a la complejidad de la realidad empírica. Es por esto que examino, a continuación, sus variantes, las situaciones problemáticas que encierra, los criterios prácticos que surgen de ellas. La distinción entre *medicina curativa, preventiva y paliativa*, surge de manera natural de esas consideraciones. Y, también de manera natural, las consideraciones éticas y prácticas acerca de la precedencia que es razonable mantener entre ellas.

En este *capítulo segundo*, dedicado a estas cuestiones médicas, he abordado también el problema de la medicalización en general, como exceso sobre los criterios que el modelo médico permite establecer de manera razonable, y el de los intereses económicos que se mueven en torno a ella. Esta derivación, en ese lugar, debe entenderse como provisoria, y sólo está incluida allí porque en el capítulo siguiente el argumento se mueve hacia algo mucho más específico, que es el propósito directo de este libro. Sólo retomo el asunto de los intereses económicos y políticos al final, en el último capítulo, dedicado a ellos, según el orden argumental que he expuesto previamente.

El modelo médico de enfermedad requiere que, para caracterizar una alteración de esa manera, se puedan observar de manera directa e independiente tanto las causas que la producen como el mecanismo a través del cual opera, y no sólo los efectos o síntomas que la delatan. Como el propósito específico de este libro es criticar la aplicación del modelo médico a las alteraciones del comportamiento, en el *tercer capítulo* abordo lo que es presentado hoy en día como la fuente de las teorías psiquiátricas: la observación empírica del sistema nervioso. El problema aquí es especificar qué cosas son las que las técnicas de observación del sistema nervioso desarrolladas desde fines del siglo XIX permiten realmente establecer, y si esos resultados pueden correlacionarse de manera científicamente válida con la descripciones de estados subjetivos determinados. El examen quirúrgico, las tomografías de rayos X, el electroencefalograma, las tomografías a través de trazadores radioactivos, la resonancia magnética nuclear, son esas técnicas. Trataré de explicar brevemente en qué consisten, cuáles son sus variantes, las aplicaciones para las que resultan útiles, y sus límites respecto del examen eventual de la subjetividad.

El resultado general de las consideraciones que haré es el siguiente: *no hay base científica alguna para la pretensión de que se podrían correlacionar estados específicos del sistema nervioso con aspectos o rasgos específicos de la actividad subjetiva.*³ Aunque se han establecido correlaciones específicas entre ciertas localizaciones cerebrales y la actividad muscular (frente a las cuales el sistema nervioso ha mostrado una altísima capacidad de reemplazo y relocalización), es altamente dudoso que haya localizaciones específicas de los procesos sensoriales y, mucho menos aún, para procesos cognitivos (como la memoria, la atención, o la capacidad de inferir). Y aunque en estos planos, que se supone básicos, haya una discusión activa y en curso, para lo que no hay base alguna, en cambio, es para sostener localizaciones o mecanismos cerebrales específicos de rasgos de personalidad (como la agresividad, el liderazgo, la propensión a la depresión o el déficit atencional), y por consiguiente, aún menos, para cuadros clínicos enteros (como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, o la depresión).

Si se considera que se nos informa habitualmente en los medios de comunicación que se podrían diagnosticar cuadros clínicos psiquiátricos directamente a través de una resonancia magnética nuclear, si se considera el énfasis y la seguridad extrema con que se enseña habitualmente en las universidades sobre la base orgánica de los cuadros de personalidad, se entenderá el aparente riesgo de hacer las afirmaciones que hago en este capítulo. Parece que se trata de algo que “todo el mundo sabe” y que algunos de nosotros desconocemos por simple ignorancia...o quien sabe por qué clase de intereses ocultos....

En este punto habrá que recurrir a las evidencias y, para llegar a ellas, a la literatura especializada. Incluso a la cualificación de las fuentes a las que podemos llamar “especializadas”. La línea de argumentación que mantengo está sostenida, por un lado, en la evidencia directa, que procede de la neurología científica actual y, por otro, de una consideración epistemológica de los avances que la neurología proclama. Hay bastante literatura al respecto, y muy accesible, debido a un asunto eminentemente práctico: la posibilidad de usar diagnósticos de tipo neurológico como atenuantes o

³ Como explicaré en la *Bibliografía brevemente comentada*, al final de este libro, dada la enorme influencia del punto de vista médico en la opinión común, y considerando el directo contraste entre esta afirmación y ese modelo, los críticos tienen que asumir, aunque en buena lógica no les corresponda, el “peso de la prueba”, y se ven obligados a ofrecer a cada paso un respaldo autorizado a sus afirmaciones, cosa que el gremio psiquiátrico rara vez aporta en su práctica cotidiana. Debido a que esta *Introducción*, está dedicada sólo a enunciar el argumento general, no recurriré a las citas y referencias que serían necesarias. Sí lo haré, en cambio, de manera detallada, en el desarrollo de cada capítulo. Como referencia preliminar, sin embargo, se puede ver, en este punto específico, la masiva argumentación crítica aportada por William R. Uttal en *The New Phrenology, The limits of localizing cognitive processes in the brain*, The MIT Press, Cambridge, England, 2001.

agravantes de comportamientos criminales. La prueba “científica” de que alguien posee “predisposición neurológica” a la agresividad, o la pedofilia, o simplemente la mentira (los famosos “detectores de mentiras”), podrían cumplir un rol crucial en los juicios expertos que se requieren en toda acción penal. El estado de la discusión al respecto, sin embargo, es masivamente adverso a tales “pruebas”, y directamente contradictorio con las pretensiones perfectamente análogas del gremio psiquiátrico en casos sin connotación penal. El argumento mínimo suficiente en este caso tiene dos niveles: no hay evidencias científicas que permitan establecer tales correlaciones de manera estable y segura y, en un segundo plano, la discusión al respecto muestra las enormes dificultades de principio para llegar alguna vez a establecerlas.

Por supuesto este argumento, en torno a los fundamentos neurológicos, impacta directamente en lo que es hoy el centro de la profesión psiquiátrica. Sin embargo, antes de obtener todas sus consecuencias, es necesario mostrar que tiene amplias raíces en lo que ha sido la historia de la psiquiatría moderna. Esto es lo que abordo en el *capítulo cuarto*.

La Antipsiquiatría que ahora podemos llamar “clásica” siempre puso un particular énfasis en la idea de “abuso psiquiátrico”, señalando las dramáticas condiciones de vida en los manicomios, las prácticas de grueso etiquetamiento, de internación y medicación forzosa, las increíbles violencias a las que han sido sometidos los llamados “locos”, sobre todo en la modernidad. Y, a pesar de los intentos en contrario, la violencia de las situaciones señaladas parecía apuntar hacia una situación de *abuso subjetivo*, es decir, originado en una particular mala voluntad, en una inusitada crueldad, del gremio psiquiátrico, que actualizaría una crueldad general, una índole discriminadora general que atravesaría a la cultura moderna. Poniendo énfasis en la violencia y crueldad “irracional” de tales situaciones los argumentos adquirirían un matiz ad hominem que permitía, curiosamente, salvar a la psiquiatría misma amparando sus culpas o en una culpa completamente genérica (se trata del carácter de la modernidad), o completamente particularizada (se trata de casos de crueldad individual, permitida socialmente, pero particulares).

Aceptando la valiosa contribución de estos estudios clásicos, los que hoy en día podríamos llamar “nuevos antipsiquiatras” centran su atención en lo que podría considerarse más bien como la “racionalidad” de las teorías y terapias psiquiátricas. Se trata de establecer, más bien, el carácter científico de tales intervenciones o, al menos, la profunda convicción de parte de los que las aplicaban, de que se trataba de procedimientos racionales, fundados en evidencias científicas. Se apunta así a lo que puede ser considerado un *abuso objetivo*, es decir, una situación de abuso que excede la particular voluntad, o las intenciones, buenas o malas, de quien lo ejerce. La figura del abuso objetivo apunta a despejar la acusación ad hominem, y centrar la atención sobre los méritos o defectos objetivos de los procedimientos, suponiendo incluso un fondo de buena voluntad y de genuina preocupación por la salud o mejoría de los usuarios afectados. O, también, para decirlo de un modo más directo, se trata de evaluar la *responsabilidad* de los agentes implicados más que, a priori, sus *abusos*.

Cuando se examina la historia de la psiquiatría moderna, como lo hago brevemente en este *cuarto capítulo*, lo que se constata es la constante convicción del gremio psiquiátrico de que opera de acuerdo a procedimientos científicos, racionales, fundados en la observación y el experimento. Pero se constata, también, una curiosa constante: tras cada supuesto avance en la lógica científica de las teorías y terapias aplicadas, se proclama pomposamente, de manera grandilocuente, que por fin se ha superado el irracionalismo, la metafísica, la simple superchería... y el abuso. De esta manera, los fisiólogos de fines

del siglo XIX, apasionados por la actividad eléctrica del sistema nervioso, redujeron a la irracionalidad a la teoría de los humores que los precedió, los partidarios del “tratamiento moral” estigmatizaron los castigos físicos sólo para volver a usarlos “de manera racional” en el contexto de técnicas más “psicológicas”, los partidarios de las teorías degenerativas (muy celebradas en su momento) fueron luego estigmatizados como totalitarios por los adversarios de la eugenesia, los defensores de la lobotomía fueron calificados de abusivos por los que consideraron muy superior lo que ellos mismos llamaron “lobotomía química” y, por fin, los actuales defensores de los fármacos “de última generación”, no vacilan en calificar de infundadas y abusivas la terapias basadas en los fármacos que son sus propios precursores. Como se ha señalado con frecuencia, la psiquiatría es una ciencia que parece permanecer en un eterno presente: cada una de sus épocas se ve a sí misma como una verdadera fundación, sin que se pueda señalar una historia medianamente coherente de progresos, o de avances acumulables, como ocurre rutinariamente en todas las ciencias.

Pero, lo más alarmante en estas consideraciones históricas, es que, después de siglos de toda clase de intentos, algunos de una brutalidad realmente espantosa, sobre miles y miles de seres humanos, la psiquiatría no puede exhibir, hasta el día de hoy, ningún caso de auténtica *curación* de los males que diagnostica con ánimo invariable de seguridad y certeza. En un contraste evidente, y violento, con cualquier otra especialidad médica, en que los avances se pueden establecer de manera clara y acumulativa, los usos y procedimientos psiquiátricos no pasan, hasta hoy, de los patrones de la medicina paliativa, dedicada al alivio de los síntomas, y se muestran completamente incapaces de alcanzar los estándares de la medicina preventiva, y menos aún de la medicina curativa. Hasta hoy, se sigue considerando un éxito mantener a las personas calificadas de “psicóticos” en el encierro, y lo que se proclama como avance no es sino el que ese encierro es ahora de carácter químico, y opera directamente en su sistema nervioso, evitando así el encierro físico, que ahora se estigmatiza como recurso extremo, o como innecesario. La historia de esta incongruencia objetiva y reiterada entre las pretensiones médicas del gremio psiquiátrico y la notoria debilidad de sus resultados, que se extiende ya por siglos, es el contexto real en que debe ser evaluada a la generación actual de psiquiatras, tan entusiasmados con las drogas “de última generación”.

Pero, como fundamento de este contexto, el problema efectivo se mantiene. El asunto de fondo es, directamente, si el modelo médico de enfermedad es aplicable o no a las alteraciones del comportamiento. Esto es lo que trato en el *capítulo quinto*.

De acuerdo a ese modelo médico, para establecer a una enfermedad como tal deberíamos ser capaces de señalar de manera directa e independiente sus causas, el mecanismo a través del cual opera y los síntomas diferenciales en que se expresa. En el caso del comportamiento, en principio, y de manera general, parece que esto podría hacerse: las causas hay que buscarlas en el sistema nervioso, el mecanismo en los efectos que la anatomía y fisiología del sistema nervioso tendría sobre la actividad mental, base de las manifestaciones subjetivas que se pueden observar a través de la conducta. Una formulación simple, que parece obvia en general, pero llena de dificultades cuando se la examina punto a punto, de manera específica.

Estas dificultades han dado origen a dos maneras de ejercer el modelo médico. Uno se funda en la correlación entre lo observado en el sistema nervioso y lo que se observa en el comportamiento, “saltándose” de esta manera el paso por la “actividad mental”, que se considera un término sospechoso de metafísica. Este modo, fundado en la neurología, es el predominante en la profesión, y el que se ha

convertido en hegemónico sobre la opinión común. El otro modo funda sus diagnósticos y procedimientos terapéuticos en una amplia teoría de la actividad mental, correlacionándola con el comportamiento, suspendiendo, de manera inversa a la otra, la base neurológica que, en todo caso, no se niega. Esta alternativa es, sobre todo, la que representa la tradición psicoanalítica.

En este libro he centrado mis críticas en la psiquiatría de orientación neurológica, es decir, la que se presenta directamente como oficio médico. La crítica de los procedimientos psicoanalíticos, que sólo hago de manera marginal, resulta hoy netamente menos urgente al menos por tres clases de razones. Primero por la convergencia posible entre ambas orientaciones, que no son, en absoluto incompatibles. La modalidad más común es la de una medicamentación que opera para “contener” a un paciente, de manera paralela y correlativa a una terapia dialogada, centrada más bien en asuntos relacionales que en las presuntas bases neurológicas del mal. En segundo lugar porque las terapias psicoanalíticas son en general caras y engorrosas para los pacientes (y cuando son baratas y simples... simplemente no son psicoanalíticas), por lo que su incidencia en la profesión ha retrocedido netamente ante el avance triunfal de la farmacología. Y, bueno, en tercer lugar... porque son simplemente indistinguibles de un placebo, por lo que, casi siempre, resultan útiles de manera obvia, es decir, una utilidad que podría haberse obtenido sin ellas, o meramente inocuas, es decir, sin ningún resultado claramente evaluable, ni positivo ni negativo.⁴

El problema real, el que es necesario abordar, es el modelo psiquiátrico que busca sus fundamentos en el saber neurológico. Para esto lo que hago es examinar sus dificultades en los tres ámbitos del modelo médico: la falta de un conocimiento real de las supuestas causas neurológicas de las alteraciones del comportamiento; la extraordinaria debilidad de los procedimientos diagnósticos a nivel conductual y la simple inexistencia de marcadores diagnósticos en el nivel fisiológico, orgánico; y la debilidad profunda, que se mantiene a lo largo de toda la filosofía moderna, de la idea de que la “actividad mental” sería una entidad susceptible de ser investigada a través de los procedimientos científicos. La debilidad conjunta, en los tres ámbitos, tiene, por supuesto, un efecto directo sobre las pretensiones terapéuticas: *las alteraciones del comportamiento no pueden ser consideradas como enfermedades, las terapias que se siguen de hacerlo son como mínimo riesgosas y, demasiado frecuentemente, empeoran globalmente las situaciones que pretenden aliviar de manera local.*

Los riesgos que examino, desgraciadamente frecuentes, son el escalamiento y la circularidad diagnóstica, la extrema debilidad en la validación científica de los procedimientos basados en medicamentos, la abundante experiencia acumulada en torno a los graves efectos secundarios de los

⁴ Los estudios más completos sobre la validación científica de las terapias psicoanalíticas son los de Seymour Fisher, Roger Greenberg: *The scientific credibility of Freud's theories and therapy* (1977), Colombia University Press, Nueva Cork, 1985; y Seymour Fisher, Roger P. Greenberg, ed.: *The scientific evaluation of Freud's theories and therapy* (1978), Basic Books, Nueva Cork, 1978. En el primero exponen sus conclusiones, revisando una a una las hipótesis freudianas que les parecen susceptibles de confrontación científica. En el segundo hacen una antología de estudios empíricos sobre cada aspecto considerado. El estudio encargado por la propia Asociación Psicoanalítica Internacional a cargo de Fonagy, 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), llega a la conclusión de que el psicoanálisis simplemente no puede, por sus características teóricas y terapéuticas, ser sometido a un proceso de validación de acuerdo a los estándares habituales de la medicina basada en la evidencia.

medicamentos que afectan el sistema nervioso, el graves escalamiento terapéutico que se sigue del intento de abordar, o simplemente ocultar, esos efectos secundarios.⁵

Un caso típico: un niño que se encuentra sometido a la separación de sus padres expresa sus ansiedades a través de una inquietud poco habitual, o de una baja en su rendimiento escolar, es diagnosticado como sufriendo “síndrome de déficit atencional acompañado de hiperactividad”. Este diagnóstico, sancionado por un psiquiatra, ha sido sugerido por los antecedentes aportados por sus profesores, o por sus padres, y puede estar basado en algo tan simple como una tabla de cotejos que contiene no más de una docena de ítems. El psiquiatra prescribe medicamentación: metilfenidato (la marca comercial más común es Ritalín). Tras la administración diaria de este fármaco el niño empieza a manifestar ansiedades nuevas, de pronto surgen en él miedos que no tenía, acompañados de bruscos cambios de ánimo y desbordes emocionales. De manera frecuente van acompañados de dificultades y trastornos del sueño. El psiquiatra considera que estos nuevos síntomas en realidad expresar un cuadro subyacente que ha “aflorado”, a propósito de las complicaciones actuales. Este cuadro puede ser una predisposición a la depresión, al síndrome bipolar o, incluso, a la esquizofrenia. Receta un fármaco para que el niño pueda dormir que, como es contradictorio con el primero, que atendía el déficit atencional, requiere un tercer fármaco “para despertar”. Los síntomas negativos empeoran, por lo que el psiquiatra considera que el cuadro subyacente ha terminado por manifestarse... y receta un fármaco, ahora para atender este, que sería el problema de fondo. Pero el niño no hace sino empeorar. Sus padres, sumidos en sus propios conflictos, no siempre le administran los medicamentos, o creen poder suspenderlos a propósito de períodos de vacaciones, o de que el niño parece haber superado ciertos aspectos de sus dolencias. Pero estas suspensiones provocan nuevos y alarmantes síntomas: alucinaciones, ideaciones suicidas. Para el psiquiatra el conflicto subyacente está en el apogeo de su manifestación. En este punto todos los excesos se hacen posibles: el niño podría ser internado de manera preventiva, podría ser declarado abiertamente como esquizofrénico, podría ser sometido a electroshock (terapia electroconvulsiva)... sin que en ningún momento de toda esta tragedia el psiquiatra se ponga, en lo más mínimo, ante la posibilidad de que sean los propios fármacos los que han producido todo ese escalamiento. El diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico psiquiátrico se hacen completamente circulares. Una vez ingresado a esta lógica médica todo parece conducir a su agravamiento, y a la confirmación del sesgo sistemático con que ha sido introducida. Una situación cotidiana, una tragedia cotidiana, para miles y miles de familias. Las estadísticas indican que hoy en día hay ¡millones! de niños sometidos a la medicamentación con metilfenidato, en abierto riesgo de caer en este escalamiento.⁶

Pero ocurre que, a pesar de lo que se suele creer, la gran mayoría de las situaciones que, según la opinión psiquiátrica imperante, parecen requerir de terapias farmacológicas, incluso muchas de las más extremas, pueden ser tratadas, y de hecho son tratadas de manera exitosa a través de enfoques alternativos. Lo que importa, en este texto, es el fundamento posible de tales enfoques en general. En el *capítulo sexto*, a través de una distinción entre “curación” y “disciplinamiento” introduzco la idea de un abordaje social de las alteraciones del comportamiento y, luego, en ella, la idea de que el problema de fondo en realidad es la secular incapacidad de la modernidad de reconocer y convivir con auténticas

⁵ Un detallado y muy actualizado recuento de los efectos secundarios de los fármacos que afectan el sistema nervioso, y de las evidencias empíricas sobre las que pretenden estar fundados, se puede encontrar en Joanna Moncrieff, *The myth of the chemical cure. A critique of psychiatric drug treatment*, Palgrave Macmillan, London, Revised Edition, 2009.

⁶ 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 analysis 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.

diferencias. Propongo la distinción entre “disciplinar desviaciones” y “validar diferencias” como eje no sólo de una alternativa al régimen farmacológico sino, de manera más general, al carácter de intervención disciplinante que ha sido tradicional en la intervención psiquiátrica. Sobre este fundamento propongo una serie de diferencias entre “terapia” e “intervención social” que permitan mantener de manera coherente, y en la práctica concreta, la tarea de una intervención reconocedora.

Sin embargo, por importante que sea la idea de una intervención social no terapéutica para los profesionales dedicados a la educación, al desarrollo y a la atención de personas que presentan alteraciones del comportamiento, subsiste un espacio de primerísima importancia: el de los usuarios particulares, involucrados ya en la lógica psiquiátrica, aquellos que encontramos cada día, en nuestras relaciones cotidianas, en contextos no profesionales, y en los que somos testigos del aislamiento, la psicologización artificiosa y la naturalización de sus problemas subjetivos, con la consiguiente dependencia terapéutica que han contraído respecto de tratamientos farmacológicos. Es por esto que he dedicado el *séptimo capítulo* a cuestiones más inmediatas en el orden práctico. En primer lugar las recomendaciones razonables que pueden ser dirigidas a los usuarios directamente, o a sus personas cercanas, en particular los padres de niños “problemáticos”, que ya se encuentran en este tipo de situaciones. Luego las recomendaciones más generales en torno a usos cotidianos que pueden ayudar a mejorar de manera sustantiva nuestra relación con las tentaciones y ansiedades a que nos enfrenta la industria médica y farmacológica. El tenor general de estas recomendaciones es mantenerse en la razonabilidad común, aquella que surge de lo que en otro texto he llamado *sentido común ilustrado*.⁷

En realidad el principio general que anima a cualquier recomendación práctica en este ámbito es fácil de resumir y de formular: *el estado actual del saber científico en torno al sistema nervioso no permite una garantía suficiente, ni siquiera razonable, para el efecto de los tratamientos farmacológicos que se aplican a alteraciones del comportamiento. O, también, de manera aún más directa: los riesgos posibles, muchos de ellos bien documentados, no compensan en absoluto a los eventuales beneficios.*

En la argumentación más detallada, que presento en el *capítulo séptimo*, sostengo que este principio se puede cualificar y especificar mejor cuando se compara la acción de un fármaco en el nivel de sus efectos globales con sus efectos locales, o cuando se compara la acción de esos efectos para la persona que los experimenta con lo que se produce en su entorno: *los eventuales beneficios locales no compensan en absoluto los riesgos globales; los eventuales beneficios para el entorno de la persona ni justifican ni compensan los riesgos y eventuales daños sobre la persona misma.* Por supuesto, hay importantes cuestiones de ética médica que surge de inmediato ante una argumentación de este tipo. En el abordaje que hago al respecto sostendré que quizás el asunto se puede resolver antes de una confrontación ética en el curso de la cual se pueda llegar a un empate valórico insuperable. Antes del debate valórico es necesario preguntarse si las evidencias razonables disponibles logran justificar realmente, de una manera medianamente objetiva, la alternativa farmacológica. Mi respuesta es que no lo logran.

Pero la discusión en torno a la conveniencia de aceptar las terapias psiquiátricas basadas en un enfoque farmacológico debe contar, además, con otra variable: de hecho existen y se aplican enfoques alternativos, y se cuenta con evidencia razonable en torno a su eficacia. La opción entonces no es entre los dictámenes de la corriente principal de la psiquiatría y simplemente la impotencia o la nada. En la

⁷ Ver, Carlos Pérez Soto: *Sobre un concepto histórico de ciencia*, Lom, Santiago de Chile, 1° edición, 1998, Apéndice N° 2, *En defensa del sentido común*.

misma práctica profesional de la psiquiatría se han formulado y aplicado métodos que no representan el riesgo que el enfoque farmacológico entraña, y que logran éxitos que se pueden mostrar como relativamente satisfactorios respecto de las situaciones que abordan. Si formulamos nuestro principio de prudencia considerando esto el asunto se presenta así: *habiendo alternativas, no es razonable escoger el sistema que representa más riesgos y menos beneficios, tanto en el nivel personal como sobre el contexto, y tanto en la salud global como respecto del problema de “salud” específico que se quiere tratar.*

Sólo entonces, expuestas todas las circunstancias y polémicas anteriores, puede existir una base suficiente para que el alegato contra los efectos políticos de disciplinamiento social que atraviesan las prácticas psiquiátricas y médicas hegemónicas. Este fundamento permite que la crítica se mueva no sólo en el espacio de las opciones filosóficas y valóricas, que ciertamente son cruciales, sino que pueda esgrimir además cuestiones perfectamente objetivas, o en las que operan principios de razonabilidad común. Ahora, sobre esta base, sostengo una crítica política radical de la medicalización de la vida como modo específico de la operación del dominio social hegemónico. Como su recurso de alta tecnología, como mecanismo que permite encubrir la sobre explotación, y anular a la misma tarea crítica, bajo los ideologismos, falsamente objetivos, contenidos en “diagnósticos” y “terapias”, bajo el ideologismo central según el cual se podría representar y comprender los problemas sociales y políticos a través de categorías médicas.

En el *octavo capítulo*, desarrollo los principios de esta crítica radical, y los relaciono con el contexto más amplio de la crítica a los nuevos mecanismos de dominación propios de las sociedades altamente tecnológicas. Por un lado su plena consistencia con la lógica capitalista, a través del usufructo despiadado de la industria médica y farmacéutica, que no reparan en lucrar a partir del dolor humano, ni siquiera en prolongarlo artificialmente para maximizar su avidez. Por otro lado su conexión con la lógica de legitimación burocrática, que ya no se ampara en los principios de la libertad y autonomía liberal, propias del capitalismo, sino que busca arraigarse en una profunda negación de la autonomía psíquica de los ciudadanos, y ejercer sus ideologismos “protectores” a través de la pretensión de saber. En este plano, aquí, mantengo una argumentación específica, referida al asunto de este libro. Para entender el contexto teórico general desde el cual emprendo esta crítica, e incluso el proyecto de fondo de este mismo libro, ruego al lector acudir a los textos que he dedicado a ello.⁸

Los argumentos desarrollados en este libro están ampliamente basados en los aportes de una nueva generación de antipsiquiatras que, desde los años 90, recogiendo y siguiendo la herencia de la Antipsiquiatría de los años 60, han ampliado el campo de sus reflexiones e intervenciones hacia una crítica del modelo médico en psiquiatría que, como he expuesto, tiene hoy repercusiones muchísimo más generales que el ambiente de los asilos y manicomios clásicos contra los que ellos lucharon. Justamente esta preocupación por arraigar la crítica en una confrontación directa con las pretensiones de saber del gremio médico proviene de ellos. Y también el estilo, dados los usos de la práctica “científica” institucional, que consiste en ir ofreciendo referencias a cada paso, en lo posible elaboradas desde la misma lógica científica en que la corriente principal de la psiquiatría actual pretende amparar sus abusos objetivos. Es por esto que ofrezco, como un capítulo final, una *bibliografía comentada*, con el máximo de referencias y con las indicaciones necesarias para hacer lo más directa y fácil posible su acceso. Pero,

⁸ Ver, Carlos Pérez Soto, *Proposición de un marxismo hegeliano*, Editorial Arcis, Santiago, 2008, y Carlos Pérez Soto, *Para una crítica del poder burocrático*, Lom, Santiago, 2º ed. 2008.

justamente también por eso, es que he iniciado esa bibliografía con una descripción del movimiento de la nueva Antipsiquiatría y de sus diferencias y analogías con los antipsiquiatras clásicos.

Una de las características más notables de esta nueva Antipsiquiatría, junto a su ánimo de desafiar al saber médico establecido, es que en su mayor parte, en sus iniciativas más amplias y sus reflexiones más interesantes, se trata de un movimiento de usuarios y ex usuarios de los servicios psiquiátricos. A pesar de la importante presencia de destacados psiquiatras que aportan su saber crítico, y que de modo inevitable se convierten en sus voces más estables y citadas, estos intelectuales no ocupan ya, como en los años 60, una posición de vanguardia, *al servicio* de una minoría discriminada y maltratada sino, más bien, una posición de compañeros de ruta, con elementos y sistematizaciones teóricas que ofrecer, respecto de movimientos de ciudadanos que por sí mismos reclaman su derecho a ser considerados de una manera más humana. Del extremo representado por el asilo se ha pasado a la masiva protesta de miles y miles de víctimas de la discriminación psiquiátrica, y de sus atroces nuevas formas de encierro. Una *bibliografía comentada*, en estas circunstancias, es algo muchísimo más importante que un prurito de rigor o vanidad académica, es un gesto político básico: con quién contar, a quién acudir, dónde encontrar razones y maneras de actuar que nos ayuden, que amplíen y refuercen la lucha contra estos horrores que ahora, entre nosotros, experimentamos tan directa y cotidianamente.

Las estrategias y convicciones de estos movimientos de usuarios son muchas, y cubren prácticamente toda la gama y variedad que presentan los nuevos movimientos sociales, como los colectivos feministas radicales, los defensores de sus diferencias culturales y étnicas, los impulsores del software libre, los defensores de los derechos de los discapacitados, o la enorme variedad de los movimientos gay, o de los grupos ambientalistas.

En todos estos movimientos es posible constatar un profundo ánimo a la vez anti capitalista y anti burocrático, una opción por las luchas amplias, no vanguardistas ni enfundadas en máquinas partidarias, una vocación profunda por atender tanto el dolor particular como sus raíces sociales, una disposición práctica y teórica a vivir de maneras alternativas a la vida común, falsamente satisfecha, administrada por el sistema. Los militantes suelen llegar a ellos empujados por situaciones de horror muy concretas y cotidianas, un accidente que precipita a la discapacidad y, desde ella a la discriminación, una fuente agresiva de contaminantes que enferma a nuestros hijos, una opción de género censurada, un cuadro de “esquizofrenia” originado en actitudes comunes de rebeldía. Pero la enorme mayoría suelen llevar sus militancias en un estado de ánimo curiosamente alegre y esperanzado. La alegría sobrepone al desencanto y convive con la indignación. La esperanza es más profunda que el “realismo” del político habitual o la consideración real de los enormes poderes que enfrentan. Es por eso que he encabezado el capítulo dedicado a sus formas de asociación y lucha con una frase de Silvio Rodríguez: frente a la opresión y el pesimismo fácil “quedamos los que puedan sonreír”.