

LAS CONSECUENCIAS CULTURALES DEL DISCURSO
DEL DÉFICIT

*... multiplicamos las distinciones, luego
consideramos que nuestros débiles límites son cosas
que percibimos, y no que hemos hecho.*

—William Wordsworth, *The Prelude*, Libro III

No podemos tener... psiquiatría sin nombres.

—Henry Brill, M. D., *Classification in Psychiatry and Psychopathology*

Como ya lo he enfatizado, el construccionismo social promueve un análisis reflexivo de la vida cultural. Deseo explorar aquí lo que veo como un problema de creciente importancia en la cultura contemporánea, que parece estar tanto acelerado en su magnitud como carente de perímetros evidentes. También es un problema al cual las prácticas discursivas de las profesiones de la salud mental —más notablemente, la psiquiatría y la psicología clínica— brindan una contribución sustancial. A juzgar por muchos colegas, estudiantes y amigos que están involucrados en las prácticas terapéuticas, creo que en general comparten un compromiso fuerte y genuino con una visión del mejoramiento humano. Además, pese a que las investigaciones sobre los efectos de la intervención terapéutica llevan a conclusiones de interminable ambigüedad, es claro que muchos entre quienes han buscado ayuda creen que la comunidad terapéutica desempeña un rol vital y humano en la sociedad contemporánea. Sin embargo, me preocuparé de las paradójicas consecuencias de la visión que predomina sobre el mejoramiento humano y la difundida esperanza de que estas profesiones podrán mejorar la calidad de la vida cultural. Existen razones para creer que en su esfuerzo por suministrar medios efectivos para aliviar el sufrimiento humano, los profesionales

de la salud mental simultáneamente generan una red de enredos cada vez mayores para la cultura en general. Dichos enredos no sólo están puestos al servicio de las profesiones, sino que también incrementan exponencialmente el sentido de la miseria humana.

EL DISCURSO PSICOLÓGICO: ¿PICTORICO O PRAGMÁTICO?

Con el fin de apreciar la naturaleza y magnitud del problema, permítasenos extender la discusión precedente de las funciones del lenguaje a las cuestiones del discurso mental. A partir de esta discusión podemos trazar una distinción entre dos formas de ver el vocabulario de la mente: la pictórica y la pragmática. La mayoría emplea comúnmente términos como “pensando”, “sintiendo”, “esperando”, “temiendo”, y similares, *pictóricamente*: es decir, de la misma forma en que damos diferentes nombres a personas individuales o a los objetos distinguibles en la naturaleza, también usamos términos mentales como si reflejaran condiciones distintivas dentro de la mente. La aseveración “estoy enfadado” tiene la intención, según la convención habitual, de describir un estado mental diferente de otros estados, como *la alegría, la vergüenza o el éxtasis*. La gran mayoría de especialistas en terapia también procede de manera similar. Escuchan a sus consultantes durante horas para establecer la cualidad y carácter de su “*vida interior*” —sus pensamientos, emociones, miedos no articulados, conflictos, represiones—, y más importante aún, “el mundo tal y como lo experimentan”. Comúnmente se asume que el lenguaje de los individuos proporciona un medio para el “*acceso al interior*”, revelando o exponiendo al profesional el carácter de lo que no es observado directamente. Y, como sigue el razonamiento, la revelación es esencial para el resultado terapéutico, ya sea proporcionando al terapeuta la información acerca de la condición mental del consultante, provocando autocomprensiones, incrementando el sentido de autonomía o autoestima del consultante, induciendo catarsis, reduciendo la culpa, y así sucesivamente.

Nuestro estudio sobre las funciones del lenguaje trae una variedad de críticas dirigidas a la teoría pictórica del lenguaje y su lugar dentro de la concepción tradicional del conocimiento. Hemos centrado particularmente nuestra atención en los problemas sociales, ideológicos y literarios inherentes en la visión tradicional. Sin embargo, si el lenguaje no puede servir como imagen o mapa del mundo externo, hay pocas razones para adherirse a esta posibilidad en el caso del discurso psicológico. En el lenguaje de la biología, la química, la crítica del arte, la política, el atletismo, y demás, se usa para construir lo que tomamos como “hechos de la

materia", y existen pocas razones para presumir que el discurso psicológico es en alguna medida menos constitutivo de su campo referencial. Más significativo aún, en el caso del discurso mental, hay buenas razones para argumentar que no hay referentes locales a los que dicho lenguaje *pueda* ser vinculado. Como hemos visto, en el caso de la biología, la química y la crítica de arte, por ejemplo, es posible que las comunidades desarrollen acuerdos locales acerca de cómo deben ser llamados varios "eventos" y "objetos". Las comunidades de biólogos pueden ponerse de acuerdo acerca de la forma en que términos como "neurona" y "sinapsis" indexan varios "estados de las cosas". Sin embargo, en el caso del discurso psicológico, en principio, no pueden establecerse estos estándares locales de referencia ostensiva. Considérense algunos de los problemas concomitantes a la vinculación de términos psicológicos como "actitudes", "ansiedad", "intenciones", "sentimientos", y similares, con un estado interno de cosas¹.

- ¿Cuáles son las características de los estados mentales por medio de las cuales podemos identificarlos?, ¿por medio de cuáles criterios distinguimos, digamos, entre los estados de rabia, miedo y amor?, ¿cuál es su color, tamaño, forma o peso?, ¿cuál es la razón por la que ninguno de estos atributos parece aplicable a los estados mentales?, ¿es acaso porque nuestras observaciones de los estados nos demuestran que no lo son?
- ¿Podríamos identificar nuestros estados mentales a través de sus manifestaciones fisiológicas: presión sanguínea, frecuencia cardíaca, y demás? Si fuéramos suficientemente sensibles a los diferentes complejos fisiológicos, ¿cómo podríamos conocer a cuáles estados se refiere cada uno?, ¿acaso un pulso acelerado indica rabia y no amor, esperanza y no desesperación?
- ¿Cómo podemos estar seguros de que identificamos dichos estados correctamente?, ¿acaso no podrían otros procesos (por ejemplo, la represión o la defensa) impedir una autoapreciación adecuada? (Tal vez, después de todo, la rabia sea Eros).
- ¿Por medio de cuál criterio podríamos juzgar que lo que experimentamos como un "reconocimiento cierto" de un estado mental, sea, de hecho, un reconocimiento cierto? ¿Acaso esta expresión: "Estoy seguro de mi evaluación", no requeriría de otra ronda de autoevaluación: "Estoy seguro de

1 Veáse la cuidadosa crítica a los diagnósticos de la esquizofrenia de Mary Boyle (1991). Como lo muestra, dichos diagnósticos no están basados en evidencia sino que son altamente interpretativos y están cundidos de confusión conceptual. Véase también la crítica de Wiener (1991) al concepto de esquizofrenia.

que lo que estoy experimentando es una certeza”, cuyos resultados exigirían procesos adicionales de identificación interna, y así sucesivamente, en una regresión infinita?

- A pesar de que todos podamos estar de acuerdo en nuestro uso de los términos mentales (que experimentamos miedo, éxtasis o alegría, por ejemplo, en ocasiones particulares), ¿cómo podemos saber que nuestras propias experiencias subjetivas se asemejan a las de los otros?, ¿por medio de qué procesos podríamos determinar si mi “miedo” es equivalente al tuyo?, ¿cómo entonces puedo saber si lo que yo tengo es aquello que todos los demás llaman “miedo”?
- ¿Cómo hemos de dar razón de la desaparición en la cultura de muchos términos mentales populares en siglos anteriores, junto con las modas que pasan sobre la terminología mental en el siglo actual? ¿Qué sucedió con la *melancolía*, la *sublimidad*, la *neuralgia* y el *complejo de inferioridad*?, ¿acaso han desaparecido estas palabras porque dichos procesos ya no existen en las mentes de los mortales?
- ¿Cómo podemos dar cuenta de las variaciones sustanciales en el vocabulario psicológico de una cultura a otra?, ¿acaso alguna vez tuvimos los mismos eventos mentales que los hombres de una tribu primitiva, por ejemplo, la emoción del *fago* descrita por Lutz (1988) en sus estudios sobre los *ifaluk*? ¿Hemos perdido la capacidad de experimentar esta emoción?, ¿está oculta en algún lugar en el núcleo de nuestro ser, sepultada debajo de las capas de la sofisticación occidental?, ¿por medio de cuáles estándares podríamos optar por un medio u otro?

Estos problemas se han resistido durante mucho tiempo a encontrar una solución y han sugerido fuertemente que usar el lenguaje mental de modo referencial es un profundo equívoco. Más bien, podemos considerar como *reificante* el supuesto de que el lenguaje mental refleja, representa o refiere estados reales dentro del individuo. Dicha orientación trata como real (como existentes ontológicos) aquello a lo cual el lenguaje parece referir. O, en otros términos, al tratar al lenguaje como si indexara distintos estados mentales, uno cae en la *falacia de la concreción mal situada*. Uno trata como concreto al objeto aparente del significante, en lugar del significante mismo. Lo cual no lleva a concluir que “nada está sucediendo” dentro del individuo cuando está gritando de la rabia, cuando está atrapado en un abrazo u oye siniestros sonidos en la oscuridad. Sin embargo, no hay nada acerca de estas condiciones humanas que exija un distintivo vocabulario mental. “Interiores de experiencia” completamente distintos pueden

tener lugar mientras uno actúa el rol del rey Lear, por oposición a los de Otelo o Falstaff. Sin embargo, el actor no requiere de un lenguaje de estados mentales ni de una fisiología para explicar sus acciones, y hacerlas inteligibles a los demás. (Es suficiente saber, para la mayoría de los propósitos, que uno está "interpretando al rey Lear", sin añadir una descripción de "apoyos" psicológicos o fisiológicos). En efecto, usar referencialmente al lenguaje mental es cargarlo de implicaciones injustificadas y confusas.

Contrastemos la orientación pictórica respecto al lenguaje mental con otra, que podemos llamar *pragmática*. Con este propósito, pongamos entre paréntesis el enfoque del lenguaje mental como indicador referencial de estados interiores y consideremos dicho lenguaje como un rasgo constituyente de las relaciones sociales. Es decir, nos podemos aventurar a decir que el lenguaje psicológico obtiene su significado e importancia de la forma en que es usado en las interacciones humanas. Por tanto, cuando digo: "Estoy descontento" acerca de un estado de cosas dado, el término "descontento" no se vuelve significativo o apropiado de acuerdo con su relación con el estado de mis neuronas o mi campo fenomenológico; más bien, cumple una función social significativa. Puede ser usado, por ejemplo, para poner fin a un conjunto de condiciones deteriorantes, para conseguir apoyo y/o aliento, o para provocar opiniones. Tanto las condiciones del reporte como las funciones a las que sirve son circunscritas por las convenciones sociales. Decir: "Estoy profundamente triste" puede ser satisfactoriamente expresado por la muerte de un familiar, pero no por la desaparición de una mariposa de primavera. La frase "Estoy deprimido" garantiza la preocupación y apoyo de otros, pero no funciona fácilmente como despedida, invitación a la risa o al elogio. En este sentido, el lenguaje mental funciona más como una sonrisa, un fruncimiento del ceño o una caricia, que como espejo del interior; se asemeja más al fuerte asimiento de los artistas trapecistas que a un mapa de las condiciones interiores. En efecto, la gente usa términos mentales para constituir sus relaciones².

EL LENGUAJE DEL DÉFICIT MENTAL EN EL CONTEXTO CULTURAL

La postura dominante respecto al discurso psicológico en la cultura occidental es decididamente pictórica. Generalmente, aceptamos como válidos los relatos

2 Esto no quiere decir que ciertos estados del cuerpo, junto con formas variadas del comportamiento, no sean relevantes para dar significado a los términos mentales, especialmente, al vocabulario de las emociones. Típicamente, el discurso psicológico sólo es un aspecto de un desempeño más plenamente corporalizado, y sin la representación completa (tal vez, involucrando lágrimas, gritos, aceleración cardíaca, y así sucesivamente), las palabras no serían inteligibles.

que las personas hacen de sus estados subjetivos (por lo menos para ellas). Si somos sofisticados, tal vez nos preguntemos si están completamente conscientes de sus sentimientos, o si se han extraviado en el intento de protegerse a sí mismas de lo que "realmente" hay allí. Y si tenemos inclinaciones científicas, podremos desear saber la distribución de varios estados mentales (como la soledad o la depresión) en la sociedad de modo general, las condiciones bajo las cuales ocurren (como el estrés o el agotamiento) y los medios que permiten alterarlos (la eficacia comparativa de distintas terapias). Sin embargo, difícilmente cuestionaríamos la existencia de la realidad a la cual se refieren dichos términos; y debido a que la ontología predominante de la vida mental permanece incontestable, rara vez nos preguntamos por la utilidad o deseabilidad de estos términos en la vida diaria. Si el lenguaje existe porque el estado mental existe, hay pocas razones para apreciar el lenguaje críticamente. Según estándares comunes, desaprobación al lenguaje de la mente equivale a estar en desacuerdo sobre la forma de la Tierra.

Sin embargo, si vemos al discurso psicológico desde una perspectiva pragmática, el lenguaje mental pierde su función como "portador de la verdad". Uno no puede reclamar el derecho al uso del lenguaje sobre la base de que los términos existentes "nombran lo que hay". Al mismo tiempo, nos enfrentamos a preguntas significativas acerca de las terminologías existentes, ya que las "formas en que hablamos" están íntimamente entrelazadas con los patrones de la vida cultural. Ellas mantienen y apoyan ciertas maneras de hacer las cosas e impiden que otras surjan. Desde la perspectiva pragmática, es de suprema importancia, entonces, indagar sobre los efectos, en las relaciones, de los vocabularios predominantes de la mente. Dadas nuestras metas para el mejoramiento humano, estos vocabularios ¿las facilitan o las obstruyen? Y más importante aún para nuestros propósitos, ¿qué tipo de patrones sociales facilita (o impide) el vocabulario existente del déficit psicológico?, ¿de qué manera los términos de las profesiones de la salud mental —como "neurosis", "disfunción cognitiva", "depresión", "desorden de estrés postraumático", "desorden del carácter", "represión", "narcisismo", y demás— funcionan dentro de la cultura en general?, ¿conducen a formas deseables de relaciones humanas?, ¿debería ser expandido el vocabulario?, ¿existen alternativas más promisorias? No hay respuestas simples para dichas preguntas; ni tampoco hay una amplia discusión. Mi propósito aquí es menos el de desarrollar una respuesta final que el de generar un foro de diálogo retador.

Los cimientos para dicha discusión han sido expuestos en varios ámbitos relevantes. En un abanico de volúmenes altamente críticos, Szasz (1961; 1963; 1970) sostuvo que los conceptos de la enfermedad mental no son exigidos por la observación. Más bien los propone, y se usan (o se emplean mal, desde su perspectiva) en gran medida como medios de control. Sarbin y Mancuso (1980)

hacen eco a estos argumentos al centrar su atención en el concepto de esquizofrenia como construcción social. Similarmente, Ingelby (1980) ha demostrado las formas en que las categorías de enfermedad mental son negociadas, con el fin de servir a los valores o inversiones ideológicas de la profesión. Kovel (1980) propone que las profesiones de la salud mental son esencialmente formas de la industria que operan ampliamente al servicio de estructuras económicas. Pensadores feministas han explorado las formas en que las nosologías de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento están sesgadas en contra de las mujeres y a favor de la continuación del patriarcado (Brodsky y Hare-Mustin, 1980; Hare-Mustin y Marecek, 1988). Y acompañando los análisis de Foucault (1978, 1979) sobre las relaciones entre conocimiento y poder, Rose (1985) y Schacht (1985) han examinado varias formas en que las evaluaciones mentales, y las realidades que crean, sirven a los intereses de control de la cultura. Todas estas críticas cuestionan la capacidad para transmitir la verdad del lenguaje mental y establecen algunas de las consecuencias opresivas del actual uso del lenguaje.

Hay mucho que decir acerca de la forma en que el lenguaje del déficit mental funciona dentro de la cultura, no siendo todo crítico. En el lado positivo, por ejemplo, el vocabulario de las profesiones de la salud mental sirve para volver familiar lo ajeno, y, por tanto, menos temible. En vez de ser visto como "obra del demonio" o como "miedosamente ajeno", por ejemplo, las actividades no normativas reciben etiquetas estandarizadas, significando que, de hecho, son naturales, plenamente anticipadas y familiares para la ciencia desde hace mucho tiempo. Al mismo tiempo, este proceso de familiarización lo invita a uno a reemplazar la repugnancia y el miedo por reacciones más humanas y comprensivas, del tipo de las que son apropiadas para la enfermedad física. Podemos ser más cuidadosos y comprensivos con alguien que sufre una "enfermedad" que con alguien que parece intencionalmente obstructivo. Además, debido a que las profesiones de la salud mental están aliadas con la ciencia, y la ciencia está representada socialmente como una actividad progresista o que soluciona problemas, la clasificación científica también provoca una actitud de esperanza respecto al futuro. Uno no necesita ser agobiado con la creencia de que las enfermedades de hoy son eternas.

Para la mayoría de nosotros, las prácticas discursivas actuales representan mejoras distintivas sobre sus predecesores tempranos (véase Rosen, 1968). Sin embargo, con dificultad estas cuestiones son dignas de optimismo. Existe una "cara inactiva" respecto a las inteligibilidades existentes, y como pretendo demostrar, estos problemas son de magnitud continuamente creciente. Consideremos, en particular, las funciones del vocabulario del déficit mental que generan y facilitan las formas de lo que podría ser visto como una debilitamiento cultural.

LA JERARQUÍA SOCIAL

“¿De qué modos te puedo fallar? Déjame contar las formas: personalidad impulsiva, fingirme enfermo, depresión reactiva, anorexia, manía, desorden de déficit de atención, psicopatía, orientación de control externo, baja autoestima, narcisismo, bulimia, neurastenia, hipocondría, personalidad dependiente, frigidez, autoritarismo, personalidad antisocial, exhibicionismo, desorden afectivo de las estaciones, travestismo, agorafobia...”

A pesar de que intentan ocupar una posición de neutralidad científica, durante largo tiempo se ha reconocido que las profesiones de ayuda se basan en supuestos acerca del bien cultural (Hartmann, 1960; Masserman, 1960). Las visiones profesionales del “sano funcionamiento” están invadidas de ideas culturales de la personalidad (London, 1986; Margolis, 1966) y de ideologías políticas asociadas (Leifer, 1990). En este contexto, entonces, encontramos que los términos del déficit mental operan como instrumentos evaluadores, que demarcan la posición del individuo a lo largo de ejes culturales implícitos acerca de lo bueno y lo malo. Frecuentemente, podemos sentir un grado de simpatía por la persona que se queja de depresión incapacitante, de ansiedad, o de ser personalidad tipo A. Sin embargo, nuestras simpatías frecuentemente están teñidas con un sentido de autosatisfacción, puesto que la queja simultáneamente nos sitúa en una posición de superioridad. En cada caso, el otro queda señalado con algún tipo de falla: falta de optimismo, buen juicio, calma, control, y demás. Mientras que estos resultados parecen inevitables e incluso deseables como medios para sostener valores culturales, es vital reconocer que la existencia de dichos términos contribuye a la proliferación de jerarquías sutiles pero peligrosas, acompañadas como están de varias prácticas de distanciamiento y degradación (Goffman, 1961). En este sentido, la existencia de un vocabulario del déficit es análoga a la disponibilidad de armas —su misma presencia crea la posibilidad de que existan blancos—, y una vez que se han puesto en acción, los individuos que son “inferiores al ideal” son alentados a entrar a “programas de tratamiento”, ponerse bajo cuidado psicofarmacológico o separarse de la sociedad al entrar a instituciones. Cuanto mayor sea el número de criterios para el bienestar mental, mayor es también el número de formas en que puede uno ser inferior en comparación con otros. Y de igual importancia, las mismas acciones pueden ser indexadas en formas alternativas y con resultados bastante diferentes. A través de un uso hábil del lenguaje uno podría reconstruir la depresión como “incubación psíquica”; la ansiedad, como “alta sensibilidad”, y el tipo de personalidad A, como la “ética protestante del trabajo”, un uso del lenguaje que revertiría o borraría las jerarquías existentes.

EROSIÓN DE LA COMUNIDAD

Distintas terminologías promueven distintos cursos de acción. Ver la criminología adolescente como un problema de "deprivación económica" tiene diferentes implicaciones políticas que definirla como resultado de la "mentalidad de pandillas" o una "vida de hogar deteriorada". Los términos del déficit mental, de la manera en que funcionan en la sociedad contemporánea, están envueltos en una mística médica. Nombran enfermedades o aflicciones, y en términos de la lógica médica, las enfermedades o aflicciones requieren de un diagnóstico y tratamiento profesional. Sin embargo, a medida que el "aflicto" entra a dichos programas, el "problema" es removido de su contexto normal de operación y reconstituido dentro de una esfera profesional. En efecto, las profesiones de la salud mental se apropian del proceso de realineación interpersonal que, de otro modo, podría ocurrir en un contexto no profesional. En consecuencia, las relaciones orgánicas con la comunidad se interrumpen, la comunicación se debilita y los patrones de interdependencia se destruyen. En pocas palabras, hay un deterioro de la vida comunitaria. Uno podría aventurarse a decir que los procesos de realineación natural frecuentemente son lentos, angustiosos, brutales o aturdiradores y que la vida es demasiado corta para resistir "dedos que no se ajustan bien al guante". Pero el resultado es que los problemas que de otra forma requerirían la participación de personas relacionadas comunitariamente son removidos de su nicho ecológico. Los integrantes de un matrimonio tienen una comunicación más íntima con su terapeuta que entre sí, e incluso guardan comprensiones significativas para revelarlas en el momento de la terapia. Los padres discuten los problemas de sus hijos con especialistas o envían a los niños problema a centros de tratamiento y, por tanto, reducen la posibilidad de una comunicación auténtica (no autoconsciente) con sus hijos o con los vecinos involucrados. Las organizaciones ponen a los ejecutivos alcohólicos en programas de tratamiento y, por tanto, reducen el tipo de conversaciones autorreflexivas que pueden elucidar su propia posible contribución al problema. Las parejas de "personas problema" son invitadas por aparte a "grupos de ayuda para la codependencia", en donde discuten la ahora-objetivada pareja con extraños. En cada caso, los tejidos de interdependencia comunitaria se ven heridos o atrofiados.

Este punto es especialmente claro para mí cuando recuerdo mis experiencias de la niñez con Kibby, un hombre mayor que frecuentemente decía incoherencias, no tenía trabajo y algunas veces se unía a nosotros los niños para jugar. Frecuentemente, nos causaba gracia, algunas veces lo evitábamos, y a nuestro modo infantil, algunas veces incluso le jugábamos bromas. Mi mamá y yo hablábamos acerca de él de vez en cuando; ella decía que debíamos ser buenos con él, pero

que él era raro y que no era bueno que jugara a solas con él. Ella también habló con la mamá de Kibby acerca de posibles peligros y acerca del futuro de Kibby. La mamá de Kibby habló con la mayoría de los vecinos acerca de su hijo. En ese tiempo no teníamos ningún vocabulario para las "enfermedades mentales", ningún estereotipo aterrador proveniente de las películas o la televisión, y ningún profesional para nombrar y tratar la "enfermedad". Kibby simplemente era extraño, pero todos logramos llevarnos bien en el barrio. Sospecho que hoy Kibby sería sedado en frente del televisor, o encerrado en una institución apropiada, y no continuaría siendo un miembro partícipe de la vida comunitaria.

AUTODEBILITAMIENTO

Los términos del déficit mental también operan para esencializar la naturaleza de la persona que es descrita. Designan al individuo una característica que perdura a través del tiempo y las situaciones, la cual debe ser confrontada si las acciones de la persona han de ser apropiadamente comprendidas. Los términos del déficit mental informan así al receptor que el "problema" no se circunscribe ni limita en el tiempo ni el espacio, ni a un dominio particular de su vida, es completamente general. Carga con el déficit de una situación a otra, y como una marca de nacimiento o una huella digital, como dicen los libros, el déficit inevitablemente se manifestará. En efecto, una vez que las personas entienden sus acciones en términos de déficit mentales, se sensibilizan respecto al potencial problemático de todas sus actividades y la manera en que son contagiadas o disminuidas. El peso del "problema" ahora se expande en muchas direcciones; es tan ineludible como su propia sombra. A los diecisiete, Marcia Lovejoy, una mujer que ahora trabaja rehabilitando esquizofrénicos, fue diagnosticada como esquizofrénica. Los doctores le informaron en aquel momento que, debido a su enfermedad, ella nunca podría trabajar, finalizar la escuela o ser capaz de mantener relaciones satisfactorias con otros. La situación, decía ella, no tenía esperanzas. Lovejoy comparó este diagnóstico con haber sido informada que tenía cáncer: "¿Cómo sería si ninguna persona con cáncer se hubiera podido recuperar y las juzgaran por su enfermedad? Si la gente dijera: '¿Qué se puede hacer con estos cancerosos?'. Quizá no es muy malo. Enviemos a estos cancerosos al hospital, ya que no podemos curarlos" (Turkington, 1985, p. 52). Ser etiquetado por la terminología del déficit mental es encararse a una potencial desconfianza de sí mismo, de por vida.

Estos resultados —jerarquía social, fragmentación comunal y autodebilitamiento— no agotan los desafortunados resultados del lenguaje del déficit

mental. Los teóricos existencialistas también se han preocupado por la forma en que dicho lenguaje sostiene una visión determinista de la acción humana. Tener una enfermedad mental, de acuerdo con los estándares actuales, es estar conducido por fuerzas que se encuentran más allá del propio control, es ser una víctima o un títere. Por tanto, para el existencialista, las personas dejan de experimentar sus acciones como voluntarias (Bugental, 1965). Sienten que sus acciones se encuentran por fuera del dominio de las decisiones, inevitable y invariablemente, a menos que se pongan a sí mismas —dependientemente— en manos de profesionales. Muchos dentro de las profesiones de la salud mental también están preocupados porque el lenguaje del déficit individual desvía la atención del contexto social, esencial para la creación de dichos problemas. Inhibe la exploración de factores familiares, ocupacionales, y socioestructurales de posible relevancia. La persona es culpada, mientras que el sistema permanece sin examinar. Estas cuestiones deben permanecer en el foco de nuestra atención.

CRECIMIENTO PROFESIONAL Y LA ENFERMEDAD MENTAL

Consideremos al problema desde una perspectiva histórica, particularmente las tendencias hegemónicas del discurso psicológico, en general, y el lenguaje del déficit mental, en particular. Como ya lo he propuesto, los discursos de la psicología frecuentemente surgen de los lenguajes naturales o de la vida diaria en la cultura. En efecto, son herencias de lugares comunes en la cultura. Como resultado, la cualidad referencial o realista de dichos lenguajes es validada consensualmente. (Los procesos de “pensamiento” y “motivación” merecen la atención de los profesionales porque su presencia dentro de las personas ya se ha hecho transparente dentro del medio cultural). Sin embargo, una vez absorbidos por las profesiones psicológicas, dichos lenguajes sufren dos transformaciones principales. Primero, son *tecnologizados*, es decir, son despojados de gran parte de su riqueza connotativa y reubicados dentro de una serie de prácticas técnicas, que incluyen el análisis teórico, la medición y la experimentación. Un concepto como la racionalidad es removido de su contexto cotidiano, reemplazado por términos técnicos como “cognición” o “procesamiento de la información”, arrojado a las formalizaciones de la inteligencia artificial, medido por dispositivos de escucha dicotómica y sometido a investigación experimental. A medida que el lenguaje se tecnologiza, es apropiado por la profesión. El lenguaje de la cognición o del procesamiento de la información, por ejemplo, se vuelve propiedad de la profesión, y el profesional ahora reclama conocer aquello que alguna vez se encontró en el dominio común. El profesional se convierte en el árbitro de lo que es racional o irracional, inteligente o ignorante, natural o innatural. A medida que la profesión

tecnologiza, etiqueta y mide los problemas de la gente, las personas comunes son descalificadas como conocedoras. Como consecuencia, la sensación normal que uno tiene de ser un yo que posee conocimiento, comprensión y sensibilidad se ve socavada (Farber, 1990). En efecto, quienes están más íntimamente familiarizados con el "problema" deben dar paso a las voces desapasionadas y delimitadas de una autoridad ajena.

Esta apropiación de los lenguajes comunes y las resultantes declaraciones de un conocimiento superior son seguidas de un segundo proceso, el de *autojustificación*. La justificación de la superioridad en cuestiones psicológicas se deriva primariamente de la alianza entre las profesiones de la psicología y la tradición científica en general, y el más amplio legado filosófico a través del cual las ciencias se hacen inteligibles. Al reclamar una posición dentro de las ciencias (por oposición, por ejemplo, a la religión o al arte), el discurso tecnológico puede adquirir el peso retórico de disciplinas como la física o la química. (¿Cuántos ahora dudan de la existencia de la esquizofrenia?). Cualquier ganancia dentro de algún sector de las ciencias se vuelve una señal promisoría acerca de las potencialidades dentro de otros dominios "científicos". Más aún, desde el pensamiento temprano de la Ilustración hasta el fundacionalismo empiricista del siglo XX, hemos sido bañados por la retórica de que la ciencia es racional y progresiva. En efecto, al declarar ellas mismas que son una ciencia, apoyadas, como están, por los equipos tecnológicos, las profesiones de la salud mental heredan una convincente base justificatoria³.

Para ilustrar los resultados simultáneos de la tecnologización y la autojustificación, consideremos términos comunes como "melancolía", "aletargamiento", "tristeza", "sentimientos de inferioridad" y "desdicha". Hay un razonable alto grado de similitud entre estos términos, pero en la vida diaria cada uno tiene ciertas capacidades performativas o pragmáticas que no comparte con los otros. La "melancolía" tiene unos matices honoríficos, uno ha visto "como son las cosas", "ha conocido la vida puesto que ha vivido", "ha estado presente". La frase exige un cierto grado de respeto. Dichos matices no se comparten con términos como "tristeza", "inferioridad" o "desdicha". Ser "desdichado", por ejemplo, con frecuencia sugiere que hay un estado de contraste que es más normal y natural,

3 Las discusiones de Foucault (1978, 1979) sobre el desarrollo temprano de la racionalidad científica y el efecto de estos desarrollos sobre las relaciones de poder en la sociedad son oportunas. También es convincente la discusión de Murray Edelman (1974) sobre el "imperialismo profesional" de las profesiones de ayuda. Para un caso hecho sin rodeos en contra de la apropiación psiquiátrica del poder en el siglo actual, véase Gross (1978).

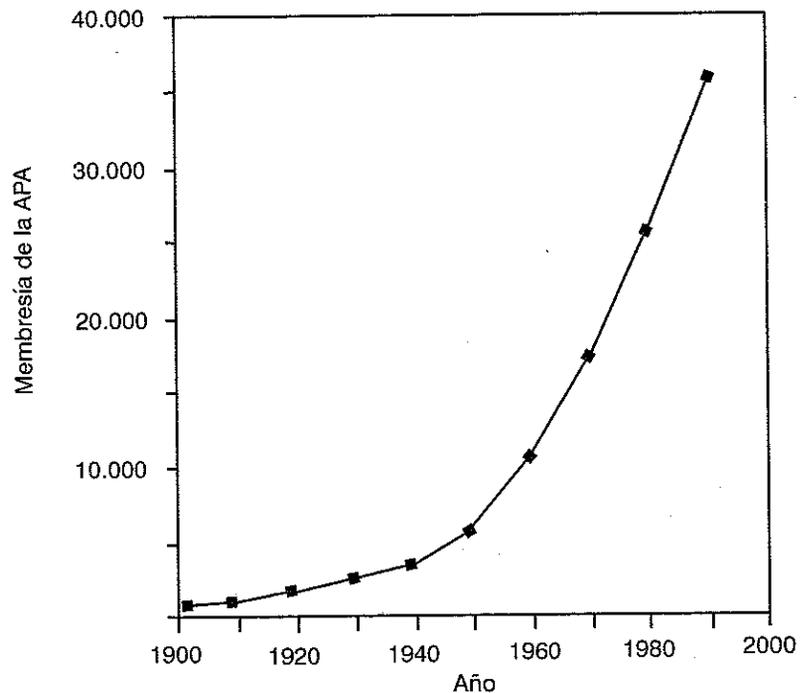
y un posible deseo o esperanza de que retorne. Sentirse "inferior" sugiere una posible condición física: una noche de insomnio o de juerga. Cada término carga con un rango de implicaciones y ofrece posibilidades relacionales que no son plenamente sugeridas por sus alternativas. En efecto, la población domina su lenguaje, y este último tiene funciones altamente diversificadas en la vida diaria. Para el profesional de la salud mental, sin embargo, estos términos son considerados "ignorantes", simples aproximaciones populares a algún proceso esencial que reside debajo. El término formal "depresión" se ofrece como reemplazo a las tentativas vagas e imprecisas de las masas. Se desarrollan definiciones técnicas de la depresión, se describen estudios de caso, se construyen escalas, se realizan investigaciones experimentales, se instituyen estrategias terapéuticas y se establecen centros de tratamiento, todo lo cual reconstituye a la depresión como un objeto del conocimiento profesional. Debido a que este trabajo técnico tiene lugar dentro de la "región científica" de la cultura, y debido a que la ciencia está preeminentemente justificada, el profesional de la salud mental se convierte en árbitro del conocimiento sobre estas materias. Al ciudadano común, ahora informado de que su lenguaje es "simplemente coloquial" y escasamente adecuado, se le recomienda callarse, y el lenguaje común pierde su potencial pragmático. A medida que es devaluado, deja de servir las funciones multicolores que surgen más orgánicamente de los retos de la vida diaria.

En otras palabras, las profesiones de la salud mental se aproximan a *agencias de transformación desapegada* de significado. Se alimentan de todos los sitios culturales en los que se habla de la mente. A medida que estos discursos son digeridos y reformados, se convierten en propiedad de la profesión, creando "objetos conversacionales" acerca de los cuales las profesiones son las expertas. Hasta el momento, no existen límites superiores para estos procesos. Debido a la orientación pictórica de la perspectiva científica, no hay medios a través de los cuales se puedan desafiar fácilmente las realidades creadas desde el interior de esta perspectiva. En efecto, el sistema opera internamente hacia la completa absorción del lenguaje común y no contiene medios inherentes para cuestionar sus propias premisas.

Para ampliar el argumento, consideremos el crecimiento de las profesiones mentales del siglo pasado, un desarrollo que puede ser considerado poco menos que fenomenal. Para ilustrar, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) fue fundada en 1844 por 13 médicos y administradores de hospitales. Al final del siglo había crecido a 377 miembros. Hoy en día hay más de 36.000 miembros, casi noventa y cinco veces el número que tenía al cambiar el siglo. Como se muestra en la figura 1, la mayor expansión tuvo lugar dentro de los últimos cuarenta años.

Durante cada década desde 1940, las afiliaciones han crecido entre 138 y 188 por ciento. No hay señal de una asíntota⁴.

Figura 1. Crecimiento de la Asociación Americana de Psiquiatría



El incremento en el número de psicólogos profesionales en Estados Unidos es similarmente significativo. Cuando la Asociación Americana de Psicólogos fue fundada en 1892, sólo había 31 miembros. Para 1906, el número había saltado a 181. Sin embargo, en los treinta y seis años que siguieron, las afiliaciones se expandieron casi doscientas veces, a más de 3.000. En los siguientes veinticuatro años (entre 1942 y 1966) la cifra se incrementó nuevamente veinte veces, para un total de más de 63.000. Por supuesto, no todos los miembros de la Asociación

4 Para una exposición más extensa sobre la expansión de la psiquiatría en Estados Unidos y la acompañante "psiquiatrización de la diferencia", véase Castel, Castel y Lovell (1982).

están directamente involucrados con las búsquedas de la salud mental, pero incluso aquellos que no lo están prestan con frecuencia fuerza retórica a estas profesiones. Por tanto, como experimentalistas, evaluadores de la inteligencia, consultores organizacionales y similares actúan en formas que reifican el discurso mental, añaden peso al lenguaje del profesional. Consideremos entonces el número de personas dedicadas a la psicología, proveedoras de servicios de atención, por millón de habitantes, entre 1960 y 1983. Durante la primera década, el número de profesionales de la salud psicológica esencialmente se duplicó y después se triplicó entre 1972 y 1983. De nuevo, no existe señal de una nivelación de los números.

¿Cómo hemos de explicar esta expansión en las profesiones de la salud mental? Consideremos las explicaciones favorecidas por las dos orientaciones respecto al discurso mental que subrayé arriba. Para el realista mental, que usa el lenguaje referencialmente, el panorama es optimista. El incremento en el número de los profesionales representa una mayor respuesta a las necesidades de la cultura; los problemas existentes están recibiendo mayor atención. A medida que las profesiones maduran —uno se podría arriesgar a decir—, hay también una agudización incrementada en nuestra capacidad para distinguir entre la serie existente de estados y condiciones psicológicas. Sabemos cada vez más acerca del malestar psicológico y hemos agudizado las distinciones diagnósticas, de modo que podemos reconocer problemas para los cuales alguna vez fuimos insensibles.

Como también lo hemos visto, sin embargo, la posición del realista mental es profundamente defectuosa. La terminología del déficit mental no está ligada referencialmente a estados discriminantes de la psique. Hay pocas razones para apoyar el enfoque según el cual las profesiones han surgido como respuesta a los estados deficientes de la psique de las personas o que a lo largo del tiempo se han vuelto crecientemente sensibles a las fallas de la mente. Consideremos, entonces, una presentación pragmática de la trayectoria. Desde esta perspectiva, encontramos que el discurso del déficit mental opera para generar y sostener formas particulares de vida, y lo hace primero con respecto a la profesión de la salud mental. Las profesiones dependen en gran medida de las prácticas discursivas: comparten una ontología, un rango de valores, formas de justificación racional, y demás. Los compromisos profesionales dependen en gran medida de un conjunto de comprensiones compartidas acerca del mundo y la manera en que uno ha de proceder. Por tanto, el deseo de los profesionales de la salud mental es incrementar sus filas como respuesta, no al mundo como es, sino a un mundo que es construido. Al mismo tiempo, las profesiones escasamente podrían triunfar

en sus esfuerzos de "ayudar a la sociedad" sin una afinidad pública respecto a sus perspectivas. Suficientes segmentos de la cultura —incluidos consultantes en perspectiva, legisladores, la profesión médica y las compañías de seguros— deben llegar a compartir una ontología de la enfermedad mental y la creencia de que las profesiones pueden y deben proveer curas. Desde la perspectiva pragmática, no existe *ningún patrón de enfermedad* al que las profesiones estén respondiendo; más bien, el concepto de enfermedad funciona en formas que vinculan al profesional y la cultura en un arreglo de actividades que se prestan mutuo apoyo.

EL CICLO DE ENFERMIZACIÓN PROGRESIVA

Como hemos visto, los profesionales de la salud mental existen en una relación simbiótica con la cultura, sustentándose en las creencias culturales, alterándolas en formas sistemáticas, diseminando de vuelta estas visiones en la cultura y confiando en su incorporación en la cultura para continuo sustento. Sin embargo, los efectos de esta simbiosis parecen crecientemente sustanciales. En particular, un proceso cíclico parece estar operando, que, una vez activado, expande el dominio del déficit a un grado siempre creciente. En efecto, el proceso que subyace a la expansión de las profesiones es sistemático, el cual se nutre de sí mismo pare engendrar una enfermización que crece exponencialmente: jerarquías de discriminación, patrones desnaturalizados de interdependencia y un ámbito de autodesaprobación en expansión. El proceso histórico puede ser visto como "enfermización progresiva".

Al explorar más completamente este ciclo, para los propósitos analíticos es útil distinguir entre cuatro fases separadas. En la práctica real, los eventos de cada una de estas fases se pueden confundir, rara vez el orden temporal es consistente y hay excepciones en cada caso. Para los propósitos presentes, el ciclo de la enfermización progresiva puede ser esbozado como sigue.

Fase 1: traducción del déficit

Comenzamos en una coyuntura a partir de la cual la cultura acepta tanto la posibilidad de la "enfermedad mental" como la de una profesión responsable de su diagnóstico y cura, una condición que prevalece crecientemente desde mediados del siglo XIX (Peteers, en prensa). Bajo estas condiciones, el profesional confronta consultantes cuyas vidas son manejadas en términos de un discurso común o cotidiano. Cuando el manejo de la vida parece imposible en términos de

las comprensiones comunes, el consultante busca ayuda profesional o, en efecto, formas más "avanzadas", "objetivas" o "discernidoras" de comprensión. En este contexto, al profesional le incumbe primero proveer de un discurso alternativo (marco teórico o nosología) para comprender el problema, y después traducir el problema como se presenta en el lenguaje de la vida diaria al alternativo y poco común lenguaje de la profesión. Esto quiere decir que los problemas comprendidos en el lenguaje profano o de la cultura deben ser traducidos al lenguaje sagrado o profesional del déficit mental. Una persona cuyos hábitos de limpieza son excesivos, de acuerdo con los estándares comunes, puede ser etiquetada como "obsesivo compulsiva"; una que permanece en la cama durante toda la mañana se vuelve "depresiva"; una que siente que no gusta a los otros es redefinida como "paranoide", y así sucesivamente. El consultante puede contribuir voluntariamente a estas reformulaciones, puesto que le aseguran no sólo que el profesional está realizando el trabajo adecuado, sino también que el problema es bien reconocido y comprendido dentro de la profesión. El resultado final —la traducción al vocabulario profesional o del déficit mental— es inevitable desde el principio.

Fase 2: diseminación cultural

Las profesiones de la salud mental, siguiendo un modo de análisis científico propio del siglo XIX, han puesto un gran énfasis en establecer categorías inclusivas para todo lo que existe dentro de un dominio dado (especies animales o vegetales, tablas de elementos químicos, y demás). Cuando esta inclinación hacia la categorización sistemática es aplicada al dominio de la enfermedad mental, encontramos que transformar toda actividad problemática en una serie sistemática de enfermedades mentales no sólo otorga a la enfermedad individual un estatus ontológico, sino que despoja a los significados de sus contextos culturales e históricos. Y debido a que hay *enfermedades* en juego, también hay amenazas públicas a las cuales enfrentarse. Se vuelve responsabilidad del profesional alertar al público de instancias no reconocidas o en las que no se cae en la cuenta. Las personas deben aprender a reconocer las señales de la enfermedad mental, de forma que puedan buscar tratamiento temprano, y deben ser informadas de posibles causas y probables curas.

Hasta cierto punto, el fuerte motivo que impulsa a clasificar e informar puede ser rastreado hasta el movimiento de la higiene mental a principios del siglo. Para millones de personas, el famoso volumen de Clifford Beers, *A Mind That Found Itself* (que pasó por trece ediciones durante los veinte años posteriores a su publicación, en 1908), sirvió primero para establecer la enfermedad como

un fenómeno, traer al ojo público las aterradoras condiciones de los hospitales mentales y, por implicación, alertar al público en general de la existente amenaza de dichas enfermedades. Coincidiendo con esta publicación, se fundó el Comité Nacional para la Higiene Mental, y para 1917, comenzó a publicar trimestralmente, para toda la nación, *Mental Hygiene*. Esta revista, junto con una colección de folletos con temas como "La niñez, el período dorado para la higiene mental", "Nerviosismo, sus causas y prevención", "El movimiento para una higiene mental de la industria" y "La responsabilidad de las universidades en la promoción de la higiene mental", intentó acercar las cuestiones de la higiene mental al ojo público y alentar a las instituciones principales (escuelas, industrias y comunidades) para desarrollar programas de prevención. En la misma forma en que los signos de cáncer de seno, diabetes o enfermedades venéreas deben volverse de conocimiento común dentro de la cultura, se argumentó (y se argumenta) que se debe ayudar a los ciudadanos a reconocer los primeros síntomas del estrés, el alcoholismo, la depresión, y similares.

A pesar de que el movimiento de la higiene mental ha perdido su importancia, su lógica ha sido absorbida por la cultura. Hoy, las instituciones de gran escala proveen servicios para los perturbados mentalmente, ya sea en términos de servicios de salud, consejeros guía, trabajadores sociales clínicos o seguro de cobertura de terapia. Los currículos de las universidades presentan cursos sobre adaptación y anormalidad, las revistas y periódicos nacionales diseminan noticias sobre desórdenes mentales (como la depresión y su cura a través de la química), y los problemas mentales son popularizados a través de los dramas y las novelas en televisión. Al mismo tiempo, el público general ha absorbido suficientemente la mentalidad del higienista mental, al punto que los libros sobre la psicología de la autoayuda ahora son pilares en la industria editorial. El resultado es una insinuación continua del lenguaje profesional en la esfera de las relaciones diarias⁵.

Tan sensibilizada está la cultura respecto a los déficit que en ciertas dependencias ya no se requiere a los profesionales para el proceso de "iluminación". Los movimientos de base dedicados a incrementar la conciencia de la comunidad sobre los déficit mentales, a identificar formas en que lo insospechado contribuya a dicho déficit y a desarrollar programas para aliviar los problemas han brotado en números significativamente crecientes. Recientemente, eché un vistazo a las

5 Véase también el análisis de Gordon (1990) acerca de la función de los medios en la generación de lo que hoy catalogamos como anorexia y bulimia.

páginas de un periódico comunitario de Santa Fe, Nuevo México, y encontré anuncios de más o menos catorce encuentros de grupos dedicados a superar varios déficit psicológicos. Uno podría encontrar ayuda no sólo para problemas obvios con el alcohol y otras drogas, sino para el exceso en la comida, las adicciones sexuales, ser codependiente de adictos sexuales, problemas de actitud, adicción al amor, compulsividad sexual gay y tendencia a las deudas. El mismo periódico listaba sólo tres encuentros para profesionales de negocios (como Rotarios o Kiwanis). Ahora hay más de cien formas de organizaciones de autoayuda de los doce pasos, tratando gente que sufre de cualquier cosa, desde lo emocional hasta las apuestas.

Fase 3: la construcción cultural de la enfermedad

A medida que las inteligibilidades del déficit se diseminan en la cultura, son absorbidas en el lenguaje común. Se vuelven parte de lo que "todo el mundo sabe" acerca del comportamiento humano. En este sentido, términos como "neurosis", "estrés", "alcoholismo" y "depresión" dejan de ser "propiedad profesional". Han sido "entregados" o devueltos por la profesión al público. Términos como "personalidad dividida", "crisis de identidad", "síndrome premenstrual" y "crisis de la edad madura" también disfrutaban de un alto grado de popularidad. Y a medida que dichos términos se abren camino en la lengua vernácula cultural, se ponen a disposición para la construcción de la realidad cotidiana. Shirley no simplemente es "demasiado gorda", ella tiene "hábitos de alimentación obesa"; Fred no sólo "odia a los gays", él es "homofóbico", y así sucesivamente. A medida que los términos del déficit se infiltran crecientemente en las inteligibilidades cotidianas, ese mundo se ve cada vez más enmarcado en un sentido del déficit. Los eventos que alguna vez fueron pasados por alto se convierten en candidatos para la interpretación; las acciones que alguna vez fueron vistas como "buenas y apropiadas" son reconceptualizadas como problemáticas. Cuando términos como "estrés" y "agotamiento laboral" entran en el lenguaje vernáculo del sentido común, se convierten en lentes a través de los cuales cualquier profesional puede reexaminar su vida y encontrar que deja mucho que desear. Lo que fue evaluado como "ambición activa" puede ahora ser reconstruido como "adicción al trabajo", el "bien vestido" puede ser redefinido como "narcisista" y el "autónomo y autodirigido" se convierte en "a la defensiva de sus emociones". Entrega al pueblo los martillos del déficit mental y el mundo social estará lleno de clavos.

Tampoco es simplemente el etiquetamiento del déficit lo que está en juego aquí, ya que mientras las formas de la "enfermedad" son representadas en los medios de comunicación, los programas educacionales, las conversaciones del

público, y similares, sus síntomas comienzan a servir de modelos culturales. En efecto, la cultura aprende a *cómo estar* mentalmente enferma. Consideremos la difusión de la "anorexia", la "bulimia" cuando los "desórdenes de la alimentación" fueron reconocidos públicamente. Similarmente, la depresión se ha vuelto un lugar común cultural tan evidente que es casi la reacción a la que con frecuencia se recurre ante el fracaso, la frustración o la decepción. De hecho, si alguien fuera a responder a dichas situaciones con ecuanimidad o alegría, por oposición a depresión, sería visto con sospecha. En este sentido, Szasz (1961) ha argumentado que la histeria, la esquizofrenia y otros desórdenes mentales representan la "personificación" del estereotipo de la persona enferma por parte de aquellos que enfrentan los insolubles problemas de la vida normal. La enfermedad mental, en este sentido, es una forma desviada de juego de roles, que requiere una forma de conocimiento cultural para romper las reglas. Scheff (1966) ha dicho que muchos desórdenes sirven como formas de desafío social. Como Scheff lo propone, ante el comportamiento de romper las reglas, son de enorme importancia las reacciones de la otra gente a la hora de determinar si finalmente ha de ser clasificado como "enfermedad mental".

A medida que las acciones de las personas son crecientemente definidas y configuradas en términos del lenguaje del déficit mental, la demanda de servicios de salud mental también crece. La consejería, los programas de enriquecimiento personal de los fines de semana y los regímenes de renovación personal representan una primera línea de dependencia; todos permiten a la gente escapar del incómodo sentido de que no son "todo lo que deberían ser". Otros pueden buscar apoyo en grupos organizados por su "victimización incestuosa", "codependencia" u "obsesión por las apuestas". Y, por supuesto, muchos ingresan a programas organizados de terapia o son institucionalizados. Como resultado, la prevalencia de la "enfermedad mental" y los gastos asociados a la salud mental se han elevado considerablemente. Por ejemplo, en un período de veinte años, entre 1957 y 1977, el porcentaje de la población de Estados Unidos que usó los servicios de salud mental profesional se incrementó de 14% a *más de 25% de la población* (Kulka, Veroff y Douvan, 1979; las cursivas son mías). Cuando la Corporación Chrysler aseguró a sus empleados por los costos de salud mental, el uso anual de dichos servicios subió más de seis veces en cuatro años ("Califano Speaks", 1984). A pesar de que los gastos de la salud mental fueron minúsculos durante los primeros 25 años del siglo, para 1980 la enfermedad mental era la tercera categoría más costosa de los desórdenes de la salud en Estados Unidos, sumando más de US\$20 mil millones anualmente (Mechanic, 1980). Para 1983, los costos de la enfermedad mental, exclusivos del alcoholismo y el abuso de drogas, se estimaron en casi US\$73 mil millones (Harwood, Napolitano y Kristiansen, 1983). Para

1981, el 23% de todos los hospitales diurnos en Estados Unidos era explicado por desórdenes mentales (Kiesler y Sibulkin, 1987)⁶.

Fase 4: la expansión del vocabulario

El escenario está ahora preparado para la revolución final en el ciclo de la enfermización progresiva: una mayor expansión del vocabulario del déficit. A medida que la gente construye crecientemente sus problemas en el lenguaje profesional y busca ayuda, y a medida que las filas profesionales se expanden en respuesta a la demanda pública, más individuos están disponibles para convertir el lenguaje cotidiano en un lenguaje profesional del déficit. No existe un requisito necesario para que dicha traducción se lleve a cabo en los términos de las categorías de enfermedad existentes y, ciertamente, existen distintas presiones sobre el profesional para que expanda el vocabulario. Estas presiones son generadas en parte dentro de la profesión. Explorar un nuevo desorden dentro de las ciencias de salud mental no se diferencia de descubrir una nueva estrella en la astronomía: el explorador puede adquirir notables honores. En este sentido, el "desorden de estrés postraumático", la "crisis de identidad", la "crisis de la edad madura", por ejemplo, son productos significativos de la "gran narrativa" del progreso científico (Lyotard, 1984); es decir, los "descubrimientos" autoproclamados de la ciencia de la salud mental. Al mismo tiempo, nuevas formas del desorden pueden ser altamente lucrativas para el profesional, cosechando frecuentemente regalías editoriales, honorarios de talleres, contratos corporativos, y/o un conjunto más rico de consultantes. A este respecto, términos como "codependencia", "estrés" y "desgaste ocupacional" han llegado a aproximarse a las industrias de pequeño crecimiento.

En un nivel más sutil, la población de consultantes ejerce una presión hacia la expansión del vocabulario profesional. A medida que la cultura absorbe el argot emergente de la profesión, el rol del profesional se ve al mismo tiempo fortalecido y amenazado. Si el consultante ya ha "identificado el problema" en el lenguaje profesional y se ha especializado en los procedimientos terapéuticos (como es cierto en muchos casos), entonces el estatus del profesional se ve puesto en peligro. El lenguaje sagrado se ha convertido en profano. (El peor escenario

6 No queda completamente representado por estas cifras el enorme crecimiento en los gastos destinados a psicofármacos. Consideremos el mayor antidepresivo, Prozac. De acuerdo con un reporte de *Newsweek* (26 de marzo de 1990), un año después de que la droga fue introducida al mercado, las ventas alcanzaron los US\$125 millones. Un año después (1989) las ventas se habían casi que triplicado, hasta US\$350 millones. Se espera que las ventas alcancen mil millones de dólares en 1995.

puede presentarse cuando la gente aprende a diagnosticarse y tratarse a sí misma dentro de la familia y los círculos de amigos, por tanto, convirtiendo al profesional en innecesario). En esta forma, el profesional está bajo constante presión para “hacer avanzar” la comprensión, producir una terminología “más sofisticada” y generar nuevas intuiciones y formas de terapia⁷. No es que se requiera un cambio en el énfasis del psicoanálisis clásico a los neoanálisis respecto a las relaciones objetales, por ejemplo, para incrementar la sensibilidad en la comprensión de las dinámicas mentales. De hecho, cada ola establece el escenario para su propia recesión y reemplazo; a medida que los vocabularios terapéuticos se convierten en sentido común, el terapeuta es impulsado hacia nuevos puntos de partida. El siempre cambiante mar de modas y novedades terapéuticas no es un mero defecto de la profesión. El rápido cambio es casi exigido por un público cuyo discurso crecientemente es “psicologizado”.

Cuando examinamos la expansión de las terminologías del déficit, encontramos una trayectoria sospechosamente similar a la que encontramos en el caso de los profesionales de la salud mental y los gastos de la salud mental. El concepto de neurosis no se originó hasta mediados del siglo XVIII. En 1769, William Cullen, un médico escocés, elucidó cuatro grandes clases del *morbi nervini*: el *comota* (movimientos voluntarios reducidos, junto con somnolencia o pérdida de conciencia), la *adynamiae* (movimientos involuntarios reducidos), *spasmi* (movimiento anormal de los músculos), y *vesaniae* (juicio alterado sin coma)⁸. Sin embargo, incluso, en el primer intento oficial en Estados Unidos de tabular los desórdenes mentales en 1840, la categorización estaba cruda. Ciertamente, para algunos propósitos fue satisfactorio usar una sola categoría para separar los enfermos—incluidos tanto idiotas como dementes—de los normales (Spitzer y Williams, 1985). En Alemania, tanto Kahlbaum como Kraepelin desarrollaron sistemas más extensos para clasificar la enfermedad mental, pero éstos estaban estrechamente ligados a una concepción de orígenes orgánicos.

Con el surgimiento de la profesión psiquiátrica durante las primeras décadas del siglo, la cuestión cambió considerablemente. En particular, se realizó un intento de distinguir entre las perturbaciones con una clara base orgánica, como la sífilis, y aquellas con orígenes psicogénicos. Por tanto, con la publicación en 1929 del libro de Israel Wechsler, *Las neurosis*, se identificó un grupo de aproximadamente doce desórdenes psicológicos. Para cuando el *Manual de psiquiatría e higiene mental* de Rosanoff fue publicado en 1938, alrededor de cuarenta perturbaciones

7 Véase también Kovel (1988), acerca de la psiquiatría como economía de mercado.

8 Véase la exposición más detallada de López-Pinero (1983).

psicogénicas habían sido reconocidas. Muchas de estas categorías nos continúan resultando familiares (histeria, demencia precoz, paranoia). Lo que es más interesante desde la perspectiva construccionista, sin embargo, es que muchos de estos términos han sido sacados del lenguaje común (histeria parestética, histeria autonómica), y muchos ahora parecen bastante prejuiciosos (deficiencia moral, vagabundería, misantropía, masturbación). En 1952, con la publicación de la Asociación Americana de Psiquiatras del primer *Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales*, se hizo posible identificar entre cincuenta a sesenta perturbaciones psicógenas. Para 1987, sólo treinta y cinco años después, el manual ha pasado por tres revisiones. Con la publicación del DSM-III-R, el límite entre las perturbaciones orgánicas y psicógenas se oscureció. Sin embargo, usando los estándares de las primeras décadas, en el período de treinta y cinco años posterior a la publicación del primer manual, el número de enfermedades reconocidas llegó *más que a triplicarse* (sosteniéndose entre 180 y 200, dependiendo de la opción elegida sobre las fronteras de definición). En el momento presente, uno podría ser clasificado como enfermo mental, en virtud de intoxicación con cocaína, intoxicación con cafeína, uso de alucinógenos, voyerismo, travestismo, aversión sexual, inhibición del orgasmo, apuestas, problemas académicos, comportamiento antisocial, dolor por la pérdida de un ser querido, no conformidad con un tratamiento médico. Numerosas añadiduras a la nomenclatura estandarizada continúan apareciendo en los escritos de la profesión para el público: por ejemplo, desorden afectivo de las estaciones, estrés, agotamiento, erotomanía, complejo de arlequín, y así sucesivamente, y de nuevo, no encontramos señales de un límite superior.

ENFERMIZACIÓN PROGRESIVA: ¿SIN SALIDA?

Tal como lo propongo, cuando se dota a la cultura de un lenguaje racionalizado profesionalmente del déficit mental, y crecientemente se comprende a la gente de acuerdo con este lenguaje, la población de "pacientes" se expande. Esta población, a su vez, obliga a la profesión a ampliar su vocabulario y, por tanto, el arreglo de los términos del déficit mental disponible para uso cultural. En esta forma, se construyen más problemas dentro de la cultura, se busca más ayuda y se infla nuevamente el discurso del déficit. Uno difícilmente puede ver este ciclo como algo suave y sin perturbaciones. Algunas escuelas de terapia continúan comprometidas con un vocabulario singular, otras tienen menos interés en diseminar su lenguaje, y algunos profesionales intentan hablar a sus consultantes únicamente en los términos del lenguaje común de la cultura. Además, muchos conceptos populares dentro de la cultura y la profesión dejan de circular a lo largo del tiempo (véase,

por ejemplo, Hutschemaekers, 1990). Estamos hablando aquí de una tendencia histórica general, aunque sin final obvio. Recientemente, recibí un anuncio para una conferencia sobre la última teoría e investigación sobre adicciones, que había sido denominada "Problema social y de salud número uno que encara nuestro país". Entre las adicciones a discutir se encontraban el ejercicio, la religión, comer, trabajar, y el sexo. Si todas estas actividades, cuando son realizadas con intensidad y gusto, son definidas como enfermedades que requieren de una cura, parecería que es poco lo que puede resistirse a una traducción debilitadora.

De ninguna manera estoy tratando de localizar culpas por esta trayectoria; en su mayoría, es un subproducto necesario de los intentos serios y humanos de mejorar la calidad de vida de las personas. Con ciertas variaciones en la lógica del ciclo, no es diferente de las trayectorias producidas tanto por las profesiones médicas como por las legales: en el primer caso, hacia el incremento de las necesidades y gastos médicos, y en el otro, hacia la creciente litigación. Sin embargo, en la medida en que las profesiones de la salud mental estén interesadas en la calidad de la vida cultural, debería iniciarse una discusión sobre la progresiva enfermización. ¿Hay importantes limitaciones para los argumentos anteriores?, ¿hay señales de un efecto de nivelación?, ¿existen formas de reducir la proliferación del discurso del debilitamiento? Todas éstas son preguntas de gran relevancia.

Quisiera finalmente dirigir mi atención a la pregunta de la reducción. Hay muchas críticas existentes a las profesiones de la salud mental: de la inestabilidad científica de sus aseveraciones, del sexismo implícito en sus categorías, de los efectos deshumanizantes del tratamiento, de la miopía cultural de sus teorías predominantes, y más. Entre los críticos, hay muchos que simplemente desean ver la institución de la salud mental abandonada. Desde mi punto de vista, sin embargo, esta alternativa no es realista, debido a su entrelazamiento con las instituciones existentes, ni tampoco es deseable, puesto que las profesiones brindan mejores alternativas a reacciones más tempranas y barbáricas a la desviación cultural. Sin querer abandonarla, hay muchos que quieren ver los sesgos básicos corregidos: eliminar prejuicios, aseveraciones erróneas, y la resultante inhumanidad. Pero el impulso de corregir las prácticas existentes permanece alojado, en su mayor parte, en la visión realista de los eventos mentales y la creencia de que puede haber explicaciones objetivamente correctas del mundo interior (ya hemos considerado argumentos en contra de esta visión). Todavía hay otros que buscan desestigmatizar la enfermedad mental, redibujar las categorías nosológicas en formas que sean menos punitivas y deshumanizantes. A pesar de que ésta es una alternativa atractiva en muchas formas, no carece de problemas. La lógica de la desestigmatización depende del reconocimiento de que existen "personas mal categorizadas". Sin dicho reconocimiento, no parece tener sentido optar por

la desestigmatización; sin embargo, el reconocimiento reinstala la identificación negativa y llama de nuevo la atención hacia el grupo problemático. Los individuos deben continuar siendo vistos como enfermos, con el fin de que la desestigmatización pueda ser inteligible.

No tengo a la mano ningún paliativo que sea profundamente persuasivo para poner fin a este ciclo. Sin duda, el paso más importante es romper el vínculo entre el lenguaje del déficit y la institucionalización de los pagos de los seguros médicos. Mientras que la cobertura del seguro dependa de diagnósticos estandarizados modelados en el sistema médico, la categorización del déficit continuará expandiéndose. La movilización antidiagnóstica es de la mayor prioridad. Sin embargo, mucha indagación académica también está garantizada y la misma lógica que está en la base del presente análisis sugiere posibles aperturas al cambio. Como lo he propuesto, la enfermización progresiva es favorecida cuando se reifica el lenguaje mental. El ciclo comienza cuando creemos que las palabras del déficit mental se encuentran en relación pictórica con procesos o mecanismos en la cabeza. Cuando creemos que, de hecho, las personas poseen procesos mentales como la depresión o la obsesión, por ejemplo, cómodamente podemos caracterizarlas como "enfermas" y ponerlas bajo tratamiento⁹. En principio, entonces, se hace un llamado a formas de reeducación generalizada sobre las funciones del lenguaje.

Por supuesto, es arrogante suponer que tanto los procesos de educación formal como informal pueden alterar significativamente la teoría pictórica del lenguaje y el supuesto que la acompaña acerca del dualismo mente-cuerpo, siendo ambos tan centrales para la tradición occidental. Más prometedor resulta el desarrollo de vocabularios alternativos dentro de la profesión de la salud mental, vocabularios que no rastreen el comportamiento problemático hasta fuentes psicológicas dentro de los individuos, que eventualmente operen para borrar el concepto de "comportamiento problema". En la actualidad, nuestra historia cultural nos brinda innumerables términos para caracterizar a las personas singularmente. Cuando confrontamos acciones inaceptables, rápida y seguramente acudimos a este vocabulario. Difícilmente podríamos evitar caracterizar estas acciones como signos exteriores de estados interiores, como la felicidad, el miedo, la ansiedad, y así sucesivamente; la forma individualizada de dar razón de sí mismo está lista a la mano. Al mismo tiempo, existen alternativas para el lenguaje individualizante.

9 En cuanto a esto, podemos celebrar el movimiento de liberación de los pacientes mentales (Chamberlin, 1990), un intento por parte de ex pacientes mentales de unirse para reclamar el poder de la autodefinition.

Como lo he sugerido, un reto significativo se origina en las inteligibilidades relacionales, modos de construcción que localizan los actos individuales dentro de unidades más extensas de interdependencia. Con suficiente diálogo —tanto dentro como fuera de las profesiones—, deberíamos ser capaces de desarrollar un vocabulario relacional con el poder retórico para rivalizar con el lenguaje individualizante.

Con el desarrollo de las inteligibilidades relacionales, finalmente, podría llegar el fallecimiento mismo de la categoría “comportamiento disfuncional”¹⁰. A medida que comenzamos a ver que las acciones humanas están implantadas dentro de unidades más amplias, son partes de totalidades, estas acciones dejarán de ser “eventos en sí mismos”. No hay comportamientos disfuncionales independientes de los arreglos de interdependencia social. Al mismo tiempo, debemos ser cuidadosos, evitando crear una nueva forma de discurso del déficit que se derive de la concepción de “relaciones problemáticas” o “disfuncionales”. No necesitamos requerir de un diagnóstico de las relaciones, que simplemente desplace la culpa del individuo hacia el grupo. Los conceptos de la terapia de familia como “familia disfuncional” o “triángulo perverso” alistan el escenario para un nuevo ciclo de prejuicios, ahora dirigido hacia las familias, en vez de los individuos. Desde la perspectiva relacional, el lenguaje de los “problemas”, la “evaluación” y la “culpa” también es un producto del intercambio social. Este lenguaje sirve para coordinar las actividades de los individuos alrededor de fines que consideran valiosos. Etiquetar acciones como “disfuncionales” es, pues, en sí mismo, un resultado de procesos relacionales. En esta forma, vemos que no hay “bienes” o metas esenciales o intrínsecas por las que los individuos o grupos deban esforzarse. Sólo hay bienes y metas (y las fallas concomitantes) dentro de sistemas particulares de comprensión. El profesional no necesita estar preocupado, entonces, por el “mejoramiento” como un reto generalizado o del mundo real. (Lo que llamamos depresión, por ejemplo, no es necesariamente problemático y, desde otro punto de vista, puede servir para mantener el bienestar de un grupo o familia). Como lo elaboro en otras partes, estoy abogando porque desplacemos nuestra atención al más amplio sistema de interdependencias en el que las evaluaciones se generan, y reconsideremos el lugar del terapeuta en esta red. Puesto que si la espiral del déficit es en sí misma un resultado de las relaciones entre la profesión y la cultura, entonces su reducción puede apropiadamente surgir de la misma matriz.

10 También es relevante el argumento de Sarbin y Mancuso (1980) por la “transvaloración de la identidad social”, un intento de reconocer el conjunto más amplio de relaciones en las que los juicios de normalidad y anormalidad se encuentran incrustados.

REFERENCIAS

Boyle, M. (1991), *Schizophrenia: A scientific delusion*. Londres: Routledge.

Brodsky, A. M. y R. T. Hare-Mustin (1980), *Women and psychotherapy: An assessment of research and practice*. Nueva York: Guilford.

Bugental, J. F. T. (1965), *The search for authenticity*. Nueva York: Halt, Rinchart and Winston.

Califano speaks on health care costs at Grace Square celebration (1984), *Psiquiatric News*, 14.

Castell, R. F., F. Castell y A. Lovell (1982), *The psychiatric society*. Nueva York: Columbia University Press.

Chamberlin, J. (1990), The ex-patient's movement: Where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior*, 11: 223-226.

Farber, S. (1990), Institutional mental health and social control: The ravages of epistemological hubris. *Journal of Mind and Behavior*, 11: 285-300.

Foucault, M. (1978), *The history of sexuality*. Vol. 1, An introduction. Nueva York: Random House.

Foucault, M. (1979), *Discipline and punish: The birth of prison*. Nueva York: Random House.

Goffman, E. (1961), *Asylum: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City: Doubleday.

Gordon, R. (1990), *Anorexia and bulimia*. Cambridge: Basil Blackwell.

Gross, M. L. (1978), *The psychological society*. Nueva York: Random House.

Hare-Mustin, R. y J. Marecek (1988), The meaning of difference: Gender theory, posmodernism, and psychology. *American Psychologist*, 43: 455-464.

Hartmann, H. (1960), *Psychoanalysis and moral values*. Nueva York: International University Press.

Harwood, H. J., D. M. Napolitano y P. L. Kristiansen (1983), *Economic costs to society of alcohol and drug abuse and mental illness*. Research Triangle: Research Triangle Institute.

Hutschemaekers, G. (1990), *Neurosen in Nederland*. Nijmegen: Sun.

Ingelby, D. (1980), Understanding mental illness. En D. Ingelby (Ed.), *Critical psychiatry: The politics of mental health*, pp. 23-71. Nueva York: Pantheon.

Kiesler, C. A. y A. Sibulkin (1987), *Mental hospitalization: Myths and facts about a national crisis*. Newbury Park: Sage.

Kovel, J. (1980), The American mental health industry. En D. Ingelby (Ed.), *Critical psychiatry: The politics of mental health*, pp. 72-101. Nueva York: Pantheon.

Kulka, R., J. Veroff y E. Douvan (1979), Social class and the use of professional help for personal problems: 1957-1976. *Journal of Health and Social Behavior*, 26: 2-17.

Leifer, R. (1990), The medical model as the ideology of the therapeutic state. *Journal of Mind and Behavior*, 11: 247-258.

London, P. (1986), *The modes and morals of psychotherapy*. Nueva York: Hemisphere Publishing.

López-Pinero, J. M. (1983), *Historical origins of the concept of neurosis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lutz, C. (1988), *Unnatural emotions*. Chicago: University of Chicago Press

Lyotard, J. F. (1984), *The post-modern condition: A report on knowledge*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Mancuso, J. C. y T. R. Sarbin (1983), *The self-narrative in the enactment roles*. En T. R. Sarbin y K. E. Scheibe (Eds.), *Studies in social identity*. Nueva York: Praeger.

Margolis, J. (1966), *Psychotherapy and morality*. Nueva York: Random House.

Masserman, J. (1960), *Psychoanalysis and human values*. Nueva York: Grune and Stratton

Mechanic, D. (1980), *Mental health and social policy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Peeters, H. (en prensa), *The historical vicissitudes of mental diseases, the character and treatment*. En C. Grauman y K. Gergen (Ed.), *The historical context of psychological discourse*. Nueva York: Cambridge University Press.

Rose, N. (1985), *The psychological complex*. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Rosen, G. (1968), *Madness in society*. Chicago: Chicago University Press.

Sarbin, T. R. y J. C. Mancuso (1980), *Schizophrenia: Medical diagnosis or verdict?* Elmsford, Nueva York: Pergamon.

Schacht, T. E. (1985), DSM-III and the politics of truth. *American Psychologist*, 40: 513-521.

Scheff, T. J. (1966), *Being mentally ill*. Chicago: Aldine.

Spitzer, R. L. y J. B. Williams (1985), *Classification of mental health disorders*. En H. L. Kaplan y B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, pp. 580-602. Baltimore: Williams and Wilkins.

Szasz, T. S. (1961), *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Nueva York: Hoeber-Harper.

Szasz, T. S. (1963), *Law, liberty and psychiatry: An inquiry into the social uses of mental health practices*. Nueva York: Macmillan.

Szasz, T. S. (1970), *The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement*. Nueva York: Harper and Row.

Turkington, C. (1985), Support helps schizophrenics meet needs. *American Psychological Association Monitor*, octubre: 52.