



Biblioteca Virtual

EL MITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Camilo Hurtado, Enrique Trebilcock

De hecho, “enfermedad” es una categoría usada por médicos, de la misma forma que “manzanas” es una categoría usada por tenderos.

R.A Woodroff; P.J. Clayton & S.B. Guze, en Bayés, R. (1979).

Essentia non sunt multiplicanda praeter necessitatem.

Sir William of Occam

Probablemente esta discusión sobre la enfermedad mental pueda iniciarse y al mismo tiempo concluirse con la tesis central de Ribes (1990) en este escrito:

“...el concepto mismo de ‘salud mental’ incurre en un doble error lógico: ni se puede predicar la existencia de lo mental como un mundo interno autónomo de la práctica social mediante el lenguaje, ni se justifica la utilización de un modelo médico de enfermedad para describir, clasificar e interpretar los problemas individuales de comportamiento... por eso, en este libro, no se ha tratado el tema de la ‘salud mental’. Sencillamente, carece de sentido hacerlo.” p. 90.

Sin embargo, es necesario analizar cada uno de estos términos y reconocer cuáles son las bases ideológicas que lo sustentan, así como los errores a que inducen.

Ribes (1990) señala que hablar de salud mental lleva consigo una serie de errores lógicos con respecto a dos temas fundamentales:

- la naturaleza de los procesos mentales y su papel con respecto al comportamiento del individuo.
- la conveniencia de examinar las alteraciones del comportamiento desde la perspectiva del modelo biomédico.

1. Lo mental como un mundo aparte

El primer gran error en que se incurre al hablar de enfermedad mental es la suposición dualista de la existencia de un mundo interno, accesible únicamente al sujeto que lo experimenta; dicho mundo carece de espacialidad y no tiene características materiales, sin embargo se ve afectado por las circunstancias y estados de ese cuerpo que habita, de la misma manera que logra afectarlo.

Si se acepta este punto en el campo de la salud surgen varias implicaciones, entre ellas la consideración de dos niveles de bienestar en los individuos (el de lo físico o biológico y el de lo mental), de esto se desprende que si se asume una dimensión de enfermedad para lo corporal, también lo habrá para lo mental.

Los fundamentos para considerar esta existencia de dos mundos paralelos que conviven en un cuerpo, lo que Ryle (1949, en Ribes, 1990) ha denominado “El mito del fantasma en la máquina”, son: a) las personas en su vida cotidiana hacen referencia a (*hablan de*) un mundo interno de sentimientos, pensamientos, etcétera; por otro lado, b) este mundo interno es solo susceptible de ser visto u oído (*observado*) por el propio individuo. Esto constituye una interpretación errónea acerca del *habla ordinaria* y lo que significa observar.

Dicha interpretación errónea del habla ordinaria se evidencia en la calificación de las verbalizaciones humanas como cosas (reificación): *florero* es un palabra, objeto y sustantivo, pero *imagen* a pesar de ser una palabra y ser utilizada sistemáticamente no puede considerarse como un objeto; se confunde a los términos con objetos y acciones haciendo que el habla se convierta en objeto a través de una falsa correspondencia entre las palabras y las acciones o acontecimientos, los cuales deben ocurrir en el interior de la persona puesto que solo ella puede describirlos u observarlos, llevando así a crear entidades innecesarias para explicar los fenómenos complejos, inclusive atribuyéndole poderes causales a tales entidades inventadas (Ribes, 1990).

Esta visión teológica sobre el comportamiento se basó en las características del contenido de las verbalizaciones humanas (i.e. sentimientos, pensamientos, etc.) y su aparente inaccesibilidad. Sin embargo, el hecho de que algunos verbos no se refieran a acciones y que algunos sustantivos no se refieran a cosas específicas, no justifica la creación de una nueva realidad. Sumado a esto, debe considerarse que la función del habla no reposa en transmitir significados, sino en poseer un *sentido*, que afecte el comportamiento de otros individuos.

Por tanto, las palabras que expresan contenidos mentales no se están refiriendo a cosas que existen en otro mundo, sencillamente están hablando de *una clase de acontecimientos o hechos* que sólo tienen sentido dentro del contexto de la socialización humana. De la misma forma, tampoco son ocurrencias paralelas al acto mismo de expresarlas, no son acciones que ejecuta un ‘yo’, mientras que el ‘otro’ las observa y verbaliza. Tales expresiones constituyen el mundo subjetivo de cada individuo, y no son “más que prácticas sociales del individuo” Ribes, E. (1990).

Así el problema de lo mental es uno de lenguaje, en el cual el pecado constituye en dar el soplo de vida a las palabras, concediéndoles libertad para transitar entre nuestras explicaciones de lo psicológico.

2. ¿Se enferma el comportamiento?

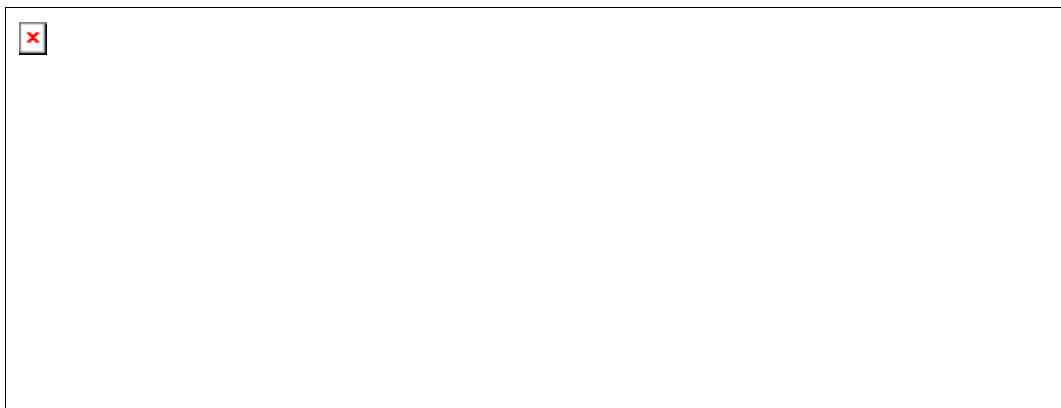
Este punto plantea la relación entre la concepción dualista que se reviso en el apartado anterior y el tratamiento y análisis de las alteraciones del comportamiento desde la perspectiva del modelo biomédico, lo cual ha venido planteando una serie de errores para la psicología, especialmente en la parte aplicada.

Una influencia considerable que le ha dado fundamentos a esta postura *salud-enfermedad mental* ha provenido de la ciencia médica, pues a través de su tradición de clasificación y comparación de las enfermedades orgánicas con una normalidad preestablecida, se generaron en aquellas disciplinas encargadas del manejo de problemáticas psicológicas (especialmente psicología y psiquiatría) varias creencias. Por una parte, que así como el cuerpo se enferma, la mente también lo hace y esto se constituye en la causa de los síntomas observados (i.e. comportamientos alterados).

Se creyó también que la práctica de partir de patrones de comparación establecidos de antemano (en muchos casos criterios estadísticos), para ayudar a determinar si un comportamiento estaba o no desviado, era científica. Por último, se pensó que esta práctica de clasificar comportamientos como si fueran tumores o alteraciones del aparato respiratorio, podía realizarse de forma amoral e impersonal, en otras palabras que esta tarea no comprendía un juicio de valor.

Darle paso a la aplicación incorrecta de un modelo biomédico, fruto de los avances científicos y aplicado en otros campos, supuestamente permitía darle una explicación al comportamiento problemático lejos de las valoraciones éticas y religiosas, sin embargo observando el desarrollo histórico de las etiquetas diagnósticas se identifica claramente la conservación de las valoraciones sociales que siguen de fondo. Dichos términos psiquiátricos en primer lugar son utilizados en contextos de uso limitado y profesional, para poco a poco irse popularizando y despojándose de sus vestimentas científicas y mostrar su cualidad pura (ser valoraciones sociales). Este es el proceso que ha afectado a palabras como idiota, imbecil, histérica, neurótico, psicópata, etcétera (San Roman sevillano, 1999).

De esta serie de suposiciones se derivaron dos nociones de lo que era “enfermedad mental”. Una de ellas plantea que se trataba de una afección del sistema nervioso o del endocrino, que generaba cambios a nivel del comportamiento. La segunda suponía que “enfermedad mental” era la alteración de los procesos mentales internos, con la misma consecuencia sobre el comportamiento.



En este caso no hay alteración en SNC o neuroendocrino, aunque no se descarta su participación, puesto que se sigue suponiendo una influencia recíproca mente-cuerpo.

De esta forma, si una entidad invade el cuerpo y se manifiesta a través de síntomas y signos, la “enfermedad mental” se manifestaría a través del comportamiento. Esto implicaría la absurda idea que la “enfermedad mental” puede ser adquirida, albergada, transmitida y por supuesto eliminada (Szas, 1960).

En los 70's se cuestionó el uso de modelos de evaluación conductual tradicional y se contrapuso uno nuevo, el cual supuestamente superaba las fallas del anterior. Sin embargo, se quedó atado a la concepción de anormalidad. Cuestionar simplemente la causalidad mental y el criterio intrínseco de la definición de anormalidad, conllevó otros problemas como: a) considerar la morfología de la conducta como el problema a cambiar, b) suponer que estas conductas eran problemáticas en cualquier tiempo y lugar, es decir, eran universales y c) promover la búsqueda de técnicas concordantes con cada problema.

A estas implicaciones se oponen dos argumentos:

- La conducta no es anormal o normal intrínsecamente. Lo que determina la normalidad o anormalidad de la misma, es el juicio que se le aplica, el cual depende de las factores sociales imperantes. En una circunstancia en que una personas actúa de acuerdo a los roles sociales establecidos, su comportamiento es considerado como normal por otros. Por lo tanto una persona que actúa en una manera que resulta inesperada para alguien más, supone un problema para quien interactúa con ella. Este problema puede ser solucionado en una serie de formas, una ellas es llamar (etiquetar) a esa persona como enferma mental o delincuente, excéntrico, etcétera. Etiquetar desde esta perspectiva es

un comportamiento, y como comportamiento se atiende a convencionalidades sobre que hacer, decir y nombres en caso de no corresponder ciertos actos con los roles esperados (Ullman y Kraesner, 1969).

- El segundo argumento tiene que ver con la ineficacia de las clasificaciones de conducta desviada, en el sentido de orientar hacia la toma de decisiones y eliminación de la conducta problema. Las descripciones de los manuales diagnósticos son meramente eso, descripciones; algunas veces de morfologías de conducta, otras de alteraciones biológicas.

Por tanto, es inútil usar nosologías predefinidas (i.e. DSM-IV, CIE-10) pues no sólo no comunican, la cual se destaca como su principal característica, sino que confunden y generan malinterpretaciones. Además:

No proporcionan información útil. Solo informan de morfologías de comportamiento, no de relaciones funcionales.

Dificultan la comunicación profesional al prestarse a múltiples interpretaciones.

Ensombrecen comportamientos competentes que pueden desmentir la etiqueta por ser estas generalizaciones.

Son explicaciones tautológicas. A partir de lo que vemos deducimos la etiqueta y después es la misma etiqueta la que nos explica lo que vemos.

Los comportamientos que refieren reciben gran atención social lo que puede, a su vez, reforzar esos comportamientos.

No nos informan de comportamientos alternativos disponibles en el repertorio de las personas.

Focalizan la atención en déficits o problemas de conducta más que habilidades y competencias.

Pueden convertirse en “profecías autocumplidas”, justificando ante la persona y los demás algunas formas de conducta.

Inducen fatalismo y desresponsabilización.

Y son sobre todo: socialmente conservadoras por desconectar la conducta humana del entorno en que esta tiene lugar. Ensombrecen el origen ambiental y social de los problemas de las personas. Si el problema es del individuo huelga actuar sobre su entorno. San Román Sevillano. J.M. (1999).

Los criterios de definición de la anormalidad deben partir de supuestos psicológicos, éticos y legales. Pero aunque esto se hace en algunos casos, se ha buscado la cura en términos médicos. *“Ya que la acción médica está diseñada para corregir desviaciones médicas, resulta lógicamente absurdo esperar que ayude a solucionar problemas cuya mera existencia ha sido definida y establecida en terrenos no médicos.”* Szas (1960) p. 115

Considerar el comportamiento como intrínsecamente normal, supone que el transcurso por la vida es inherentemente armónico y que aquel que no lo haga así, está enfermo. Esto cierra la posibilidad a la existencia de problemas de la vida diaria, cierra la posibilidad a la lucha diaria del hombre por saber *cómo* debería vivir.

Reconocer problemas en las interacciones humanas refleja no solo la elemental inhabilidad del hombre por enfrentar su ambiente, sino su capacidad de reflexión. Tales problemas en la vida cotidiana surgen en parte por la capacidad humana de pensar, de reflexionar sobre su propio actuar; y la solución a ellos no es ignorarlos o malinterpretarlos etiquetándolos como enfermedad, o atribuyendo la responsabilidad al destino o entidades superiores; sino pensando dichos problemas y generando soluciones dentro de un marco naturalista.

Esta idea de enfermedad permite al “enfermo” evitar la responsabilidad sobre sus problemas cotidianos, pues la causa de sus problemas están en una agente externo, en el mejor de los casos una enfermedad, en el peor el demonio. Si el individuo no asume su propia responsabilidad sobre sus problemas quizás espere que sea otro quien cargue la *cruc* por él.

REFERENCIAS

Bayes, R. (1979). *Psicología y Medicina*. Fontanella: Barcelona.

Ribes, E. (1990) *Psicología y Salud*. Barcelona: Martínez Roca.

San Román Sevillano, J. M. (1999). www.conducta.org. Etiquetas y Diagnósticos.

Szas, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*. Vol. 15. Feb

Ullman & Kraesner (1969) *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

ABA Colombia
Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento
web@abacolombia.org

Este artículo proviene de: www.abacolombia.org.co
Todos los derechos reservados ©2003