

SOBRE ESTAR CUERDO EN CENTROS PARA LOCOS (1973). El experimento de David Rosenhan

[David L Rosenhan. On being sane in insane places. Science. 1973 Jan 19;179\(4070\):250-8.](#)

Si la cordura y la locura existen, ¿cómo podemos distinguirlas?

La pregunta no es ni caprichosa ni una locura en sí misma. A pesar de que a nivel personal estemos convencidos de poder distinguir la cordura de la locura, las pruebas no son convincentes. Por ejemplo, es común leer en las investigaciones por asesinato donde los eminentes psiquiatras de la defensa contradicen las opiniones profesionales de los también eminentes psiquiatras de la acusación en cuanto a la cordura mental del defendido. En general, lo que hay es una gran cantidad de datos confusos en cuanto a la utilidad y el significado de términos tales como “cordura”, “locura”, “enfermedad mental” y “esquizofrenia” [1]. Finalmente, en 1934, Benedict sugirió que los términos normalidad y anormalidad no son universales [2]. Lo que es considerado normal en una cultura puede ser visto como aberrante en otra. Y, lo que es más, las nociones de normalidad y anormalidad pueden no ser tan precisas como la gente tiende a pensar. Preguntarse sobre los términos normalidad y anormalidad no cuestiona en modo alguno el hecho de que, en efecto, existan conductas desviadas y extrañas. El asesinato es una desviación, como también lo son las alucinaciones. Aflorar estas cuestiones no niega la existencia de la angustia personal que normalmente aparece asociada con la enfermedad mental. La ansiedad y la depresión existen. El sufrimiento psicológico existe. Pero la normalidad y la anormalidad, la cordura y la locura y los diagnósticos que se hacen de ellas pueden ser mucho menos fundamentales de lo que muchos creen.

En el fondo, la cuestión de si la cordura puede distinguirse de la locura, y de si pueden distinguirse distintos grados de locura, es una pregunta simple: ¿radican las características más significativas que conducen al diagnóstico de la enfermedad en el propio paciente o en el entorno y condiciones en las que los observadores lo encuentran? Desde Bleuler, pasando por Kretschmer, hasta los autores del recientemente revisado Manual Diagnóstico Estadístico, DSM-II, de la Asociación Americana de Psiquiatría, ha habido una fuerte creencia de que los pacientes presentaban síntomas, que esos síntomas podían ser categorizados y que, implícitamente, la cordura era distinguible de la locura. En cambio, más recientemente, esta creencia ha sido cuestionada. En parte debido a consideraciones teóricas y antropológicas, y en parte, debido a consideraciones filosóficas, legales y terapéuticas, ha ido ganando terreno la visión de que la categorización psicológica de la enfermedad mental, en el mejor de los casos resulta inútil, y en el peor de los casos dolorosa, engañosa y peyorativa. Los diagnósticos psiquiátricos, desde esta perspectiva, se encuentran en la mente del observador y no reflejan de manera válida las características mostradas por el observado [3-5].

Para decidir cual de las dos aproximaciones es más precisa, se decide utilizar gente normal (es decir, gente que no tiene y que nunca ha tenido síntomas de desorden psiquiátrico serio) y conseguir que sean admitidos en hospitales psiquiátricos, comprobando después si se descubre que están cuerdos y, si así fuera, cómo. Si se descubriera en todos los casos que estos pseudopacientes eran individuos cuerdos, supondría una evidencia palmaria de que un individuo cuerdo puede ser distinguido claramente a pesar de encontrarse en un entorno de locura. Bajo tal asunción, la normalidad (y, presumiblemente la anormalidad) son lo suficientemente distintas como para ser diferenciadas en cualquier entorno que ocurran, debido a que se encuentra dentro de la persona. Si, por el contrario, la cordura de estos pseudopacientes no fuera descubierta nunca, quienes apoyan los tradicionales métodos de

diagnóstico psiquiátrico se encontrarían en serias dificultades. Dado que el personal del hospital no era incompetente, que el pseudopaciente se había estado comportando tan cuerdamente como lo había hecho fuera del hospital y que nunca se había sugerido con anterioridad que el paciente hubiera estado en un hospital psiquiátrico, un resultado tan improbable apoyaría la idea de que los diagnósticos psiquiátricos revelan poco del paciente, pero mucho en relación al ambiente en que los individuos son observados.

Este artículo describe este experimento. Ocho personas cuerdas fueron admitidas secretamente en doce hospitales diferentes [6]. Su diagnóstico constituye la primera parte de este artículo. El resto se dedica a describir sus experiencias en las instituciones psiquiátricas. Muy pocos psiquiatras y psicólogos, incluidos aquellos que habían trabajado en tales instituciones, sabían como era una experiencia así. Ellos casi nunca hablaron de ello con pacientes anteriores, quizá porque desconfiaban de la información proveniente de individuos previamente enfermos. Es probable que los que habían trabajado en hospitales psiquiátricos estuvieran tan profundamente adaptados a las condiciones, que fueran insensibles al impacto de la experiencia. Si bien ha habido informes ocasionales de investigadores que se han sometido a sí mismos a internamiento en instituciones psiquiátricas [7], normalmente han permanecido así durante cortos períodos de tiempo, frecuentemente con conocimiento del personal del hospital. Por tanto, es difícil saber hasta qué punto fueron tratados como pacientes o como colegas investigadores. No obstante, sus informes acerca del interior de los hospitales psiquiátricos han sido valiosos. Este artículo amplía esos esfuerzos.

Pseudopacientes y sus condiciones

Los ocho pacientes constituían un grupo variado. Uno era un estudiante de psicología graduado. Los siete restantes eran mayores y estaban ya situados. Entre ellos había tres psicólogos, un pediatra, un psiquiatra, un pintor y un ama de casa. Tres de los pseudopacientes eran mujeres, cinco eran varones. Todos ellos usaron pseudónimos para evitar que los diagnósticos alegados resultaran embarazosos después. Aquellos que pertenecían al campo profesional de la enfermedad mental alegaron pertenecer a otra profesión para evitar que el personal del hospital le prestara una atención especial por cortesía, precaución o por ser colegas [8]. Con la excepción de yo mismo (yo fui el primer pseudopaciente y mi presencia era conocida por el administrador del hospital y por el jefe de psicología y, hasta donde yo se, por nadie más), la presencia de pseudopacientes y la naturaleza del programa de investigación no era conocido por el personal del hospital [9].

Para generalizar los hallazgos, se buscó en una variedad de hospitales. Los doce hospitales estaban localizados en cinco estados diferentes de las costas este y oeste. Algunos eran antiguos y otros más recientes. Algunos estaban orientados a la investigación y otros no. Algunos de ellos tenían ratios personal/paciente adecuados y otros estaban cortos de personal. Sólo uno de ellos era estrictamente privado. El resto se mantenía con fondos estatales o federales o, en un caso, con fondos de la universidad.

Una vez concertada la cita con el hospital, el pseudopaciente se presentaba en el departamento de admisión quejándose de haber estado oyendo voces. Preguntado por lo que decían esas voces, él contestaba que normalmente no eran claras, pero parecían ser “vacío”, “hueco” y un ruido sordo como de un golpe. Las voces eran desconocidas y pertenecían al mismo sexo que el paciente. Se eligieron estos síntomas debido a su evidente similitud con síntomas existenciales. Tales síntomas se dice que afloran a consecuencia de la dolorosa preocupación de percibir la falta de sentido de la vida de uno mismo. Es como si la alucinación de esa persona estuviese diciendo “mi vida está hueca y vacía”. La elección de estos síntomas

vino también determinada porque en la literatura no existía ni una sola reseña sobre la psicosis existencial.

Los pseudopacientes sólo falsearon sus nombres, profesiones y empleos, pues sus historias y circunstancias personales fueron veraces, contando los acontecimientos destacables de la historia vital tal y como había sucedido. Las relaciones con padres y hermanos, con esposos e hijos y con la gente del trabajo o la escuela, fueron descritas tal y como habían sido. Detallaron sus frustraciones y desencantos, alegrías y satisfacciones. Es importante recordar estos hechos. Y hubo algún sesgo, los pseudopacientes inclinaron sus manifestaciones fuertemente a favor de la detección de su cordura, puesto que ninguna de sus historias ni de sus conductas dentro de las instituciones eran seriamente patológicas en modo alguno.

Inmediatamente después de ser admitido en el ala psiquiátrica del hospital, el pseudopaciente dejaba de simular cualquier síntoma de anormalidad. En algunos casos, transcurría un breve periodo de suave nerviosismo y ansiedad, debido a que ninguno de los pacientes creía que iba a ser admitido tan fácilmente. Es más, el miedo compartido por todos era que el fraude fuera descubierto inmediatamente, creándose una situación muy embarazosa para ellos. Además, muchos de ellos nunca habían visitado un ala psiquiátrica; incluso aquellos que sí lo habían visitado, tenían, sin embargo, temores sobre lo que podría ocurrirles. Su nerviosismo, por tanto, era bastante apropiado a la novedad de las condiciones del hospital, y disminuyó rápidamente.

Aparte de este corto nerviosismo, el pseudopaciente se comportaba en su ala de la forma en que normalmente se comportaría en su vida habitual. El pseudopaciente hablaba con los pacientes y con el personal como lo hacían ordinariamente en su vida habitual. Como hay muy poco que hacer en un hospital psiquiátrico, el pseudopaciente intentaba enganchar a otros en la conversación. Cuando el personal le preguntaba cómo se sentía, él contestaba que estaba bien, que no había sufrido más síntomas. Respondía a las llamadas de los cuidadores, a las llamadas para la toma de medicación (que no se tragaba), y a las instrucciones del comedor. Además de estas actividades, empleaba su tiempo en escribir sus observaciones acerca del ala psiquiátrica, sus pacientes y el personal. Al principio, escribía estas notas secretamente, pero como pronto quedó claro que a nadie le importaba lo que hiciera, siguió escribiéndolas en cuadernos de papel en lugares tan públicos como la habitación de día. Estas actividades dejaron de ser secretas.

De la misma forma que los pacientes psiquiátricos reales, el pseudopaciente fue internado en el hospital sin tener ningún conocimiento de antemano de cuando saldría de allí. A cada uno de ellos le dijeron que tendrían que salir por sus propios medios, fundamentalmente convenciendo al personal de que estaba cuerdo. El estrés psicológico asociado con la hospitalización fue considerable y, excepto uno de ellos, todos desearon ser dados de alta casi inmediatamente después de ser admitidos. Ellos estaban, por lo tanto, motivados no sólo para comportarse de forma cuerda, sino para ser un modelo de cooperación. Los informes de enfermería que se obtuvieron de la mayoría de los pacientes confirmaron que su conducta no causó alteraciones en modo alguno. Estos informes invariablemente indicaron que los pacientes fueron “amigables” “colaboradores” y “no mostraron signos de anormalidad”.

Lo normal no es detectado como cordura

A pesar de su “exhibición” pública de cordura, ninguno de los pseudopacientes fue desenmascarado como tal. Todos salvo uno fueron admitidos con un diagnóstico de

esquizofrenia¹ [10], y, a su salida de los hospitales, fueron dados de alta con un diagnóstico de esquizofrenia “en remisión”. La etiqueta de “en remisión” no debería ser considerada en modo alguno como una simple formalidad, quitándole importancia, ya que en ningún momento durante la hospitalización de los pseudopacientes se puso en duda su calidad de enfermos. Tampoco hay indicio alguno en la documentación de los hospitales acerca de alguna sospecha sobre el status mental de los pseudopacientes. Más bien, lo que se demuestra es que, una vez etiquetado como esquizofrénico, el pseudopaciente quedaba “pegado” a esa etiqueta. Si el paciente iba a ser dado de alta, naturalmente debía estar en “remisión”; pero, desde el punto de vista de la institución, no estaba cuerdo ni lo había estado nunca.

El fracaso generalizado para reconocer la cordura no puede ser atribuido a la calidad de los hospitales, dado que, aunque había considerables variaciones entre ellos, muchos eran considerados excelentes. Ni puede alegarse simplemente que no había tiempo suficiente para observar a los pseudopacientes. La duración de la hospitalización fue de 7 a 52 días, con una media de 19 días. Los pseudopacientes, de hecho, no fueron cuidadosamente observados, pero este fallo indica más una actitud tradicionalmente instaurada en los hospitales psiquiátricos que una falta de oportunidad.

Por último, no se puede decir que el fracaso en reconocer la cordura de los pseudopacientes fuera debido a que ellos no se estaban comportando como cuerdos. Si bien había una clara tensión presente en todos ellos, sus visitantes diarios no podían detectar serias consecuencias en su conducta, ni tampoco podían detectarlo los otros pacientes. Era relativamente común que los pacientes detectaran la cordura de los pseudopacientes. Durante las tres primeras hospitalizaciones, cuando los recuentos se llevaban con precisión, 35 de un total de 118 pacientes en el área de admisión expresaron sus sospechas, algunos vehementemente, “tú no estás loco”. “Tú eres un periodista o un profesor” (debido a las continuas anotaciones). “Tú estás inspeccionando el hospital”. Mientras la mayoría de los pacientes fueron tranquilizados por la insistencia del pseudopaciente en que él había estado enfermo antes de llegar, pero estaba bien ahora, algunos continuaron creyendo que el pseudopaciente había estado cuerdo a lo largo de su hospitalización [11]. El hecho de que los pacientes reconocieran “la normalidad” cuando el personal no lo hacía da lugar a numerosas cuestiones.

El fracaso para detectar la cordura a lo largo de la hospitalización puede ser debido a que los médicos actúan con un fuerte sesgo hacia lo que estadísticamente denominamos un error de tipo 2 [5]. Es decir, que los médicos están más inclinados a aceptar como enfermo a una persona sana (error beta o tipo 2), que a aceptar como sano a una persona enferma (error alfa o tipo 1). La razón para ello no es difícil de encontrar: es claramente más peligroso equivocarse el diagnóstico en la enfermedad que en la salud. Mejor pecar de cauteloso, sospechar enfermedad incluso entre la salud. Pero lo que pudiera ser válido para la medicina, no es igualmente válido para la psiquiatría. Las enfermedades médicas, aunque son una desgracia, no son normalmente peyorativas. Los diagnósticos psiquiátricos, por el contrario, llevan aparejados estigmas personales, legales y sociales [12]. Por tanto, era importante ver si podría revertirse la tendencia de aceptar como loco a un sano. Y para ello se organizó un subsiguiente experimento en un hospital de investigación y formación cuyo personal había oído hablar de estos hallazgos pero que dudaba que tal error pudiera ocurrir en su hospital. El personal fue informado de que, en algún momento, a lo largo de los tres meses siguientes, uno o más pseudopacientes intentarían ser admitidos en el hospital psiquiátrico. A cada miembro

¹ Resulta interesante el hecho de que once de las doce admisiones respondieron a un diagnóstico de esquizofrenia y una, con síntomas idénticos, a un diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva. Este diagnóstico tiene un pronóstico más favorable y corresponde a la única clínica privada usada en nuestro ensayo.

del personal se le pidió que evaluara a cada paciente que se presentara en admisión o en el ala, de acuerdo a la probabilidad de que el paciente fuera un pseudopaciente. Se utilizó una escala de 10, expresando la puntuación 1 y 2 una alta confianza en que el paciente era un pseudopaciente.

Se evaluaron 193 pacientes que fueron admitidos para recibir tratamiento psiquiátrico. A todo el personal que hubiera mantenido contacto o que hubiera tenido una responsabilidad directa con los pacientes –cuidadores, enfermeras, psiquiatras, médicos y psicólogos– se le pidió una valoración. Fueron valorados 41 pacientes como pseudopacientes por al menos un miembro del personal, con alto grado de confianza; 23 fueron considerados sospechosos por al menos un psiquiatra y 19 fueron considerados como sospechosos por un psiquiatra y por otro miembro del personal. Pero la verdad es que ningún pseudopaciente real (al menos de mi grupo) se presentó durante este período.

El experimento es instructivo. Indica que puede ser revertida la tendencia a catalogar como loca a la gente cuerda cuando hay mucho en juego (en este caso el prestigio y la agudeza diagnóstica). Pero ¿qué puede decirse de las 19 personas de las que un psiquiatra y un miembro del personal sospecharon que estaban cuerdos? ¿Estaban realmente “sanos” o era más bien un intento de evitar el error de tipo 2, incurriendo en un error tipo 1 (considerar como sano a un enfermo verdadero)? No hay forma de saberlo. Pero una cosa es cierta: cualquier proceso diagnóstico que conduzca tan claramente a errores masivos de este tipo no puede ser un proceso en el que se pueda confiar.

La rigidez de la catalogación psicodiagnóstica

Más allá de la tendencia a denominar como enfermos a los verdaderos sano –tendencia que se debe más al diagnóstico en el momento de la admisión que al comportamiento durante largos períodos de internamiento– los datos hablan del papel masivo de “etiquetado” durante la valoración psiquiátrica. Así, una vez que uno ha sido etiquetado como esquizofrénico, no hay nada que el pseudopaciente pueda hacer para superar esa etiqueta. La etiqueta determina profundamente la percepción que el resto tiene de él y de su comportamiento.

En cierto modo, estos son sorprendentes, porque se sabe desde hace mucho tiempo que el significado que se da a los indicios depende del contexto en que ocurran. La psicología de la Gestalt ya lo apuntó con fuerza y Solomon Asch [13] demostró que existen rasgos “centrales” de la personalidad (tales como “cálido” frente a “frío”) que son tan poderosos que matizan considerablemente el significado de otra información al conformar una impresión acerca de una personalidad determinada [14]. “Loco”, “esquizofrénico”, “maníaco-depresivo” e “insano” se encuentran probablemente entre los más potentes de los rasgos “centrales” mencionados. Una vez que una persona es catalogada como “anormal”, el resto de rasgos y características personales quedan “enmascaradas” por esa etiqueta. Y, lo que es más, esa “etiqueta” es tan poderosa que muchos de los comportamientos normales de los pseudopacientes pasaron desapercibidos completamente o fueron malinterpretados. Algunos ejemplos, pueden clarificar esta idea.

Ya he mencionado con anterioridad que no se manipularon las historias personales de los pseudopacientes ni su estatus actual, salvo el nombre, el puesto de trabajo y la profesión. Por el contrario, se hizo una descripción verídica de las historias y circunstancias personales. Aquellas circunstancias no eran psicóticas. ¿Cómo las hicieron coincidir con un diagnóstico de psicosis? ¿O fueron los diagnósticos “retorcidos” de tal forma que, finalmente, los hicieron concordar con las circunstancias de las vidas de los pseudopacientes, tal y como fueron descritas por ellos?

En lo que yo puedo determinar, los diagnósticos no fueron afectados, en forma alguna, por la relativa salud de las circunstancias vitales de los pseudopacientes. Más bien, ocurrió lo

contrario: la percepción de sus circunstancias fue modelada completamente por el diagnóstico. Un claro ejemplo de esta interpretación es el caso de un pseudopaciente que había tenido una relación estrecha con su madre, pero más bien distante con su padre durante su primera infancia. Durante y después de la adolescencia, en cambio, su padre se había convertido en un buen amigo, mientras que la relación con su madre se enfrió. La relación actual con su mujer se caracterizaba por su calidez y cercanía. Dejando de lado pequeños enfados ocasionales, los roces eran mínimos. Los niños apenas habían recibido azotes alguna vez. Seguramente no hay nada especialmente patológico en una historia como esa. Incluso muchos lectores pueden reconocer un patrón similar con sus propias experiencias vitales, pero sin que tuvieran esas consecuencias perjudiciales. Observemos, si embargo, como fue interpretada la historia en un contexto psicopatológico a partir del sumario del caso después de ser dado de alta el paciente.

«Este hombre blanco de 39 años... tiene un amplio historial de considerable ambivalencia en sus relaciones cercanas, que comienza en su primera infancia. Una cálida relación con su madre que se enfría durante la adolescencia. Una distante relación con su padre que pasa a convertirse en intensa. Ausencia de estabilidad afectiva. Sus intentos de control emocional con su esposa e hijos se ven rotos por estallidos de furia y por azotes en el caso de los niños. Y mientras él afirma que tiene numerosos buenos amigos, uno percibe una considerable ambivalencia incrustada en esas relaciones también...»

Los hechos del caso fueron distorsionados por el personal para que resultaran coherentes con la popular teoría de la dinámica de la reacción esquizofrénica [15]. Nada de una naturaleza ambivalente había sido descrito en las relaciones con sus padres, esposa o amigos. El grado de ambivalencia que podía deducirse en este caso no era probablemente mayor de la que puede encontrarse en todas las relaciones humanas. Es cierto que las relaciones del pseudopaciente con sus padres cambió a lo largo del tiempo, pero en un contexto que no tenía nada de extraordinario, sino que, incluso podía ser predecible. Claramente, los significados adscritos a sus manifestaciones verbales (ambivalencia, inestabilidad afectiva) fueron determinados por el diagnóstico: esquizofrenia. Si hubieran sabido que el hombre era normal, se le habría adscrito un significado completamente diferente.

Todos los pseudopacientes hicieron muchas anotaciones públicamente. En circunstancias ordinarias, un comportamiento así habría llamado la atención de los observadores, como de hecho sucedió entre los pacientes. Es más, parecía tan seguro que las notas levantarían sospechas que se tomaron precauciones para retirarlas del ala cada día. Pero las precauciones fueron innecesarias. Lo más cerca que estuvo alguien del personal del hospital de sospechar de esas notas ocurrió cuando uno de los pseudopacientes preguntó a su médico que clase de medicación le estaban dando y comenzó a escribir su respuesta. “No necesita escribirlo”, le dijo amablemente. “Si tienes algún problema para recordarlo, sólo tienes que preguntarme otra vez”.

Si no hicieron preguntas a los pseudopacientes, ¿cómo interpretaron las anotaciones que éstos hacían? Los registros de enfermería de tres pacientes indican que las notas eran interpretadas como una manifestación de su comportamiento patológico. “Paciente ocupado en tareas de escritura”, era el comentario diario de la enfermera de uno de los pseudopacientes que nunca fue interrogado acerca de sus escritos. Dado que el paciente está en el hospital, debe estar psicológicamente trastornado. Y puesto que está trastornado, estar escribiendo continuamente debe ser una manifestación conductual de dicho trastorno, quizá una parte de la conducta compulsiva que algunas veces se relaciona con la esquizofrenia.

Una característica implícita del diagnóstico psiquiátrico es que localiza el foco de la aberración dentro del individuo, y sólo en raras ocasiones en el complejo de estímulos que lo rodean. En consecuencia, las conductas estimuladas por el entorno normalmente son erróneamente atribuidas al trastorno del paciente. Por ejemplo, una amable enfermera encontró a un pseudopaciente paseando por los largos pasillos del hospital. ¿Nervioso, Mr. X?, le preguntó. “No, aburrido”, contestó.

Las notas tomadas por los pseudopacientes eran malinterpretadas por un personal bienintencionado como conductas de pacientes. Con bastante frecuencia un paciente se volvía iracundo porque había sido tratado erróneamente, digamos, por un cuidador. Si una enfermera irrumpía en escena, raramente indagaba sobre los estímulos que rodean la conducta del paciente. Más bien asumía que su irascibilidad se debía a su propia patología y no a su interacción con otro miembro del personal hospitalario. Ocasionalmente, el personal suponía que la familia del paciente (especialmente si lo habían visitado recientemente) u otros pacientes habían provocado el estallido violento. Nunca se encontró a nadie del personal que asumiera que la conducta del paciente tenía que ver con ellos mismos o con la estructura del hospital. Uno de los psiquiatras, dirigiéndose a un grupo de jóvenes residentes, señaló a un grupo de pacientes que estaban sentados a la entrada de la cafetería media hora antes de la hora del almuerzo, diciéndoles que tal conducta era característica de la naturaleza “oral-posesiva” de la enfermedad. No pareció ocurrírsele que había muy pocas cosas a las que “anticiparse” en un hospital, aparte de la comida.

La “etiqueta psiquiátrica” tiene vida propia y ejerce una influencia en sí misma. Una vez conformada la impresión de que el paciente es esquizofrénico, lo previsible es que el paciente continuará siéndolo. Una vez transcurrido un tiempo suficiente sin que el paciente haya hecho nada anormal, será considerado “en remisión” y estará dispuesto para que se le de el alta. Pero la etiqueta perdura más allá del alta médica con la expectativa no confirmada de que volverá a comportarse como un esquizofrénico de nuevo. Estas “etiquetas” otorgadas por los profesionales de la salud mental tienen tanta influencia en los pacientes como en sus familiares y amigos, y no debería sorprender a nadie que el diagnóstico provoque en ellos una sensación de profecía auto-cumplida. Al final, el paciente mismo acepta el diagnóstico con toda su carga de expectativas adicionales y acaba comportándose de acuerdo a ellas [5].

Las deducciones que resultan de estos hechos son muy simples. Muchos, como Ziegler y Philips, han demostrado que hay una superposición enorme entre los síntomas presentados por pacientes que han sido diagnosticados de forma muy diversa [16]. Por tanto, hay una superposición enorme en el comportamiento de los “cuerdos” y de los “locos”. Los “cuerdos” no estamos cuerdos todo el tiempo. Perdemos los nervios sin razones que lo justifiquen. De cuando en cuando, nos deprimimos y tenemos ansiedad, igualmente sin tener buenas razones para ello. Y podemos encontrar dificultades en convivir con una u otras personas, sin razones que podamos explicar. De forma similar, los “locos” no están siempre “locos”. De hecho, la impresión de los pseudopacientes mientras convivieron con ellos, era que estaban “cuerdos” durante largos períodos de tiempo, de forma que aquellos comportamientos extraños en los que se habían basado sus diagnósticos constituían solo una pequeña parte del total de su conducta. Si no tiene sentido etiquetarnos a nosotros mismos como “permanentemente deprimidos” basándonos en nuestras depresiones ocasionales, esto constituye la mejor evidencia disponible para no etiquetar a todos los pacientes como locos o como esquizofrénicos basándonos en sus comportamientos extraños ocasionales. Parece más útil, como señaló Mischel [17], limitar nuestras discusiones a las conductas, a los estímulos que las provocan y a las correlaciones entre ellos.

No se conoce por qué emergen impresiones tan poderosas de los rasgos de la personalidad como “loco” o “insano”. Posiblemente, cuando los orígenes y los estímulos que dan lugar a determinadas conductas son remotos o desconocidos, o cuando son percibidos

como inmutables. La “etiqueta” se le coloca al sujeto. Sin embargo, cuando los orígenes y los estímulos son conocidos o cercanos, el discurso se limita a la conducta en sí misma. De esta forma, yo puedo alucinar porque estoy durmiendo o puedo alucinar porque he tomado una determinada droga. Estos sucesos se denominan alucinaciones inducidas por el sueño, o sueños, y alucinaciones inducidas por las drogas, respectivamente. Pero si el estímulo que provoca mis alucinaciones es desconocido, se denomina locura o esquizofrenia, como si esa deducción fuera, de alguna manera, tan clarificadora como las otras.

La experiencia de la hospitalización psiquiátrica

El término “enfermedad mental” tiene un origen reciente. Fue acuñado por personas con sentimientos humanitarios que deseaban con ahínco diferenciar la condición de psicológicamente perturbado (y con ello también la compasión de la opinión pública hacia ellos) de la de “brujas” y “locos”, equiparándoles a un status parecido al de la enfermedad física. Y al menos en parte tuvieron éxito, dado que el tratamiento de los enfermos mentales ha mejorado considerablemente a lo largo de los años. Pero, si bien el tratamiento ha mejorado, es dudoso que la gente realmente considere a los enfermos mentales de la misma manera que considera a los enfermos con enfermedades físicas. Una pierna rota es algo de lo que uno se recupera, pero la enfermedad mental es algo que dura para siempre [18]. Una pierna rota no supone una amenaza para un observador, pero ¿y una locura esquizofrénica? Hasta ahora, hay muchas pruebas de que la actitud hacia los enfermos mentales está caracterizada por el temor, la hostilidad, la actitud distante, la sospecha y el terror [19]. Los enfermos mentales son los leprosos de la sociedad.

Que semejantes actitudes infesten a la población general quizá no sea sorprendente, aunque cause consternación. Pero que los profesionales (cuidadores, enfermeros, médicos, psicólogos y trabajadores sociales) que tratan y conviven con los enfermos mentales sean presa de los mismos sentimientos es más desconcertante, tanto porque estas actitudes en sí mismas causan daño, como porque no son voluntarias. La mayoría de los profesionales de la salud mental insistirían en que son comprensivos con los pacientes, que no tratan de evitarlos ni son hostiles con ellos. Pero lo más probable sea que una exquisita ambivalencia caracterice sus relaciones con los enfermos psiquiátricos, de forma que sus impulsos reconocidos representen solamente una parte de su actitud global. Las actitudes negativas están ahí y son detectables fácilmente. Tales actitudes no deberían sorprendernos. Son la descendencia natural de llevar la etiqueta de paciente y de los lugares en que se encuentran.

Consideremos la estructura de un hospital psiquiátrico típico. Personal y pacientes permanecen estrictamente separados. El personal dispone de su propio espacio vital, incluidos su comedor, baños, y lugares de reunión. Los recintos acristalados del personal (a los que los pacientes llaman “la jaula”) no forman parte de las salas de permanencia diurna de los pacientes. El personal sale, en primer lugar, para prestar sus cuidados, administrar la medicación, conducirlos a terapia o a reuniones de grupo, o instruir o reprender a un paciente. De lo contrario, el personal sentiría como si esos desordenes mentales pudieran, de alguna forma, contagiarles a ellos.

Es tan grande la separación entre los pacientes y el personal que, en cuatro hospitales públicos en los que se hizo un intento de medir el grado en que se mezclaban, fue necesario utilizar el “tiempo fuera de la jaula” como unidad de medida. Si bien todo el tiempo pasado fuera de la jaula estaba dedicado al trato con los pacientes (por ejemplo, los asistentes aparecían ocasionalmente en la sala diurna para echar una mirada), éste fue el único medio para obtener datos fiables para la medición del tiempo.

La cantidad media de tiempo invertida por los cuidadores fuera de la “jaula” fue de un 11,3% (rango, de 3 a 52%). Esta cifra no representa únicamente el tiempo empleado en mezclarse con los pacientes, sino que también incluye el tiempo empleado en labores como doblado de ropa de lavandería, supervisar a los pacientes mientras se afeitan, dirigir las

labores de limpieza del ala y enviar a los pacientes a actividades fuera del ala. Era raro el cuidador que empleaba su tiempo en hablar con los pacientes o jugar a algo con ellos. Resultó imposible obtener un “porcentaje de tiempo de mezcla” para las enfermeras, dado que el tiempo que pasaban fuera de la “jaula” era demasiado breve. Más bien se contabilizaron “salidas momentáneas” de la jaula. Como media, las enfermeras de día salían de la jaula 11,5 veces por turno, incluidas las veces en que salían del ala (rango, de 4 a 39 veces). Las enfermeras de tarde y noche estaban incluso menos disponibles, saliendo de la jaula una media de 9,4 veces por turno (rango de 4 a 41 veces). No se dispone de datos en relación a las enfermeras de primera hora de la mañana, que llegaban normalmente pasada la medianoche y se marchaban a las 8 de la mañana porque los pacientes estaban dormidos durante la mayor parte del tiempo.

La disponibilidad de los médicos, especialmente de los psiquiatras, era incluso menor. Raramente se los veía en las alas. Normalmente se les veía cuando llegaban y cuando salían, pasando todo el resto del tiempo en su despacho o en la jaula. Como media, los médicos salían al ala unas 6,7 veces al día (rango de 1 a 17 veces). Resultó difícil hacer una estimación precisa de ello, ya que el horario de los médicos les permite a menudo presentarse o retirarse a diferentes horas.

Ya se ha hablado antes de la organización jerárquica de los hospitales psiquiátricos [20]. Sin embargo, vale la pena volver a mencionarla, dada la significación oculta de este tipo de organización. Los que ostentan mayor poder son los que menos tienen que ver con los pacientes, y los que tienen menos poder son los que más se ocupan de ellos. Hay que recordar que la adquisición de roles de comportamiento apropiados tiene lugar, principalmente, a través de la observación de otros, de los cuales los más poderosos son los que ejercen una mayor influencia. Por tanto, resulta comprensible que los cuidadores no solo empleen más tiempo con los pacientes que cualquier otro miembro del personal (lo demanda su más baja posición en la jerarquía del hospital) sino que, en la medida en que aprenden de sus superiores, emplean tan poco tiempo con los pacientes como les es posible. Los cuidadores se encuentran principalmente en la “jaula”, que es donde se sitúan los modelos de comportamiento, la acción y el poder.

Veamos ahora otra clase de estudios relacionados con la respuesta del personal a los contactos iniciados por los pacientes. Es conocido, de antaño, que la cantidad de tiempo que una persona pasa contigo puede ser un índice de lo que significas para él. Si busca y mantiene un contacto visual, puede creerse que atiende a las preguntas y necesidades del otro. Si se detiene para hablar o se pone de pie para hablar, se puede concluir que le tiene consideración como persona. En cuatro hospitales, los pseudopacientes abordaron a miembros del personal, con una petición que se materializó de la forma siguiente: “Perdóneme, Mr. X, ¿podría decirme cuando se me permitirá salir al jardín? (o “¿cuándo será presentado en la reunión de médicos?, o ¿cuándo cree usted que me darán el alta?). Mientras el contenido de las preguntas variaba, de acuerdo a los objetivos y con las (aparentes) necesidades de los pseudopacientes, la forma era siempre un cortés requerimiento de información. Tuvieron mucho cuidado de no abordar nunca a un miembro concreto del personal más de una vez al día, para evitar que sospechara o se irritara. Cuando se examinan estos datos, hay que recordar que el comportamiento de los pseudopacientes nunca fue extraño ni perjudicial. Se podía mantener, incluso, una buena conversación con ellos.

Table 1. Self-initiated contact by pseudopatients with psychiatrists and nurses and attendants, compared to contact with other groups.

Contact	Psychiatric hospitals		University campus (nonmedical)	University medical center		
	(1) Psychiatrists	(2) Nurses and attendants		Physicians		
			(3) Faculty	(4) "Looking for a psychiatrist"	(5) "Looking for an internist"	(6) No additional comment
Responses						
Moves on, head averted (%)	71	88	0	0	0	0
Makes eye contact (%)	23	10	0	11	0	0
Pauses and chats (%)	2	2	0	11	0	10
Stops and talks (%)	4	0.5	100	78	100	90
Mean number of questions answered (out of 6)	*	*	6	3.8	4.8	4.5
Respondents (No.)	13	47	14	18	15	10
Attempts (No.)	185	1283	14	18	15	10

* Not applicable.

Los datos de estos estudios aparecen en la tabla 1, separando los médicos (columna 1), y los enfermeros y cuidadores (columna 2). Las diferencias medias entre los cuatro hospitales quedaron se perdieron completamente en vista de la medida en que el personal evitó consentir los contactos verbales iniciados por los pacientes. Con mucho, la reacción más frecuente consistía, bien en una breve respuesta a sus preguntas mientras continuaba andando y con la cabeza mirando hacia otro lado, o bien en no responder en absoluto.

El encuentro, normalmente, se producía de esta extraña forma: *Pseudopaciente*: "Perdóneme, Dr. X, ¿puede decirme cuando se me permitirá salir al jardín? *Médico*: "Buenos días, Dave. ¿Cómo se encuentra hoy? (Alejándose sin esperar una respuesta.)

Resulta muy instructivo comparar estos datos con los datos recientemente obtenidos en la Universidad de Stanford. Se dice que las Universidades grandes y prestigiosas se caracterizan por tener un profesorado tan ocupado que no tiene tiempo para los estudiantes. A efectos de comparación, una joven abordó individualmente a miembros del profesorado que parecían encaminarse con paso firme a alguna reunión o a algún compromiso adquirido y les preguntó las seis cuestiones siguientes:

"Perdone, ¿podría indicarme como llegar al Encina Hall? (en la facultad de Medicina) ¿... al centro de investigación clínica?

¿Sabe dónde está el edificio Fish? (no hay ningún edificio Fish en Stanford.)

¿Da clases aquí?

¿Cómo puedo solicitar la admisión?

¿Es difícil ser admitido?

¿Existe alguna ayuda financiera?

Como puede verse en la tabla 1 (columna 3), todas las cuestiones fueron contestadas, sin excepción. Con independencia de la prisa que tuvieran, todos ellos no sólo mantuvieron el "contacto visual" sino que se detuvieron para hablar. Y, lo que es más, muchos de los encuestados se apartaron de su ruta para indicar o acompañar a la joven a la oficina que estaba buscando, trataron de localizar el edificio Fish, o debatir sobre sus posibilidades de ser admitida en la Universidad.

Datos similares, también mostrados en la tabla 1 (columnas 4, 5 y 6) fueron obtenidos en el hospital. Aquí, igualmente, la joven había preparado seis preguntas. Después de la primera pregunta, sin embargo, comentó a 18 de los encuestados (columna 4) que "estaba buscando un psiquiatra" y a otros 15 (columna 5) "que estaba buscando un internista". A otros diez de los encuestados no hizo ningún comentario (columna 6). El grado general de colaboración en las respuestas es considerablemente más elevado en los grupos de la Universidad de lo que fue para los pseudopacientes del hospital psiquiátrico. Incluso así, se observaron diferencias significativas entre los encuestados en la facultad de medicina. Una vez

que la joven hubo comentado que buscaba un psiquiatra, el grado de cooperación fue menor que cuando buscaba un internista.

La impotencia y la despersonalización

El contacto visual y la verbal indican el interés y el desarrollo de la personalidad. Su ausencia refleja evitación y despersonalización. Los datos que he presentado no hacen justicia a los enriquecedores hallazgos diarios que crecieron en torno a la despersonalización y la evitación. Dispongo de datos de pacientes que fueron golpeados por el personal por haber cometido el pecado de haber iniciado contacto verbal. Durante mi propia experiencia, por ejemplo, un paciente fue golpeado en presencia de otros pacientes por haber abordado a un cuidador y haber dicho “usted me gusta”. Algunas veces el castigo infligido a los pacientes por simples fechorías era tan excesivo que no podía ser justificado ni por las interpretaciones más radicales de los cánones de la psiquiatría. Sin embargo, aparentemente, no eran cuestionados. Un paciente que no hubiera oído una llamada para medicación sería duramente vilipendiado y los cuidadores de la mañana con frecuencia despertaban a los pacientes con un “Vamos, h-d-p, fuera de la cama”.

Ningún episodio ni ningún dato, por duro que sea, puede expresar la abrumadora sensación de indefensión que invade a un individuo continuamente expuesto a la despersonalización de un hospital psiquiátrico. Apenas importe qué hospital psiquiátrico sea. Los excelentes hospitales públicos y los lujosísimos hospitales privados eran mejores, en este aspecto, que los viejos hospitales rurales, pero, de nuevo, las características que todos tenían en común sobrepasaban, con mucho, sus aparentes diferencias.

La indefensión se evidenciaba en todas partes. Los pacientes eran privados de muchos de sus derechos legítimos en virtud de su “compromiso psiquiátrico” [21]. Es privado de credibilidad debido a su “etiqueta psiquiátrica”. Se restringe su libertad de movimientos. No puede iniciar contactos con el personal y sólo puede responder en caso de que ellos lo inicien. La privacidad es mínima. El alojamiento y las pertenencias de los pacientes pueden ser examinados por cualquier miembro del personal por cualquier motivo. Su historial y su angustia están a disposición de cualquier miembro del personal que elija leer su expediente sin importar su relación terapéutica con él. Su higiene personal y sus evacuaciones frecuentemente son monitorizadas. Los servicios pueden no tener puertas.

A veces la despersonalización alcanza tales proporciones que los pseudopacientes se sentían como invisibles, o, al menos, no dignos de consideración. Después de la admisión fui sometido, al igual que los otros pseudopacientes, a un primer examen físico en un recinto semipúblico, donde los miembros del personal hablaban de sus propios asuntos, como si nosotros no estuviéramos allí.

En el ala, los cuidadores abusaban verbalmente, y alguna vez incluso físicamente, de los pacientes en presencia de otros pacientes, algunos de los cuales (los pseudopacientes) lo anotaban todo. Las conductas abusivas, por otra parte, cesaban abruptamente cuando se enteraban de que otro miembro del personal se dirigía hacia allí. Los miembros del personal son testigos creíbles. Los pacientes no.

Una enfermera se desabrochó el uniforme para ajustarse el sujetador delante de los hombres de un ala completa que la estaban mirando. Uno no tenía la sensación de que la enfermera intentara seducirlos. Más bien, parecía que ni notaba su presencia. Un grupo de miembros del personal podía señalar a un paciente en la sala de día y discutir con él animadamente, como si no estuviera allí.

Uno de los ejemplos más ilustrativos de despersonalización e invisibilidad tuvo lugar en relación a la medicación. En conjunto, a los pseudopacientes les fueron administradas casi 2100 pastillas, incluyendo Elavil, Stezaline, Compazine y Thorazine, por nombrar algunas. (Que esta enorme variedad de medicación fuera administrada a pacientes que presentaban síntomas idénticos es, en sí mismo, un hecho destacable). Sólo dos fueron tragadas. El resto

fue arrojada al retrete o escondida en el bolsillo. Los pseudopacientes no eran los únicos que lo hacían. Aunque no dispongo de datos precisos de cuántos pacientes rechazaban su medicación, los pseudopacientes, con frecuencia, encontraban la medicación de otros pacientes en el servicio, antes de tirar las suyas. Como tanto los pacientes como los pseudopacientes encubrieron mutuamente su conducta en este asunto, dicha conducta, al igual que otros asuntos importantes, pasó inadvertida.

Las reacciones de los pseudopacientes a tal despersonalización fueron intensas. Aunque ellos habían llegado al hospital como parte de un experimento y tenían plena conciencia de que ellos no pertenecían a aquel lugar, se encontraron a sí mismos, “atrapados” y enfrentándose al proceso de despersonalización. Algunos ejemplos: un estudiante graduado en psicología le pidió a su mujer que le trajera sus libros al hospital, de forma que pudiera poner al día sus deberes de trabajo –esto a pesar de las precauciones que se tomaron para ocultar su relación profesional. El mismo estudiante, que se había preparado durante cierto tiempo para entrar en el hospital y que estaba deseando experimentar tal experiencia, “recordó” unas aburridas carreras de coche que deseaba ver el fin de semana e insistió en que tenía que estar dado de alta para entonces. Otro pseudopaciente intentó una relación romántica con una enfermera. Enseguida informó al personal que estaba haciendo los trámites para ser admitido en la facultad de psicología y que era muy probable que lo admitieran, pues uno de los profesores lo visitaba regularmente en el hospital. La misma persona comenzó a involucrarse en psicoterapia con otros pacientes, todo ello con la intención de convertirse en “persona” en un ambiente impersonal.

Los orígenes de la despersonalización

¿Cuáles son los orígenes de la despersonalización? Ya he mencionado dos. Primero, están las actitudes mantenidas por todos nosotros hacia los enfermos mentales (incluidos aquellos que los tratan), actitudes caracterizadas, por una parte, por el miedo, la desconfianza, y las horribles expectativas, y por otra, por benevolentes intenciones. Nuestra ambivalencia conduce, en este caso, como en otros muchos, a evitarlos.

En segundo lugar, y de no de forma totalmente independiente, la estructura jerárquica de los hospitales psiquiátricos facilita la despersonalización. Aquellos que se encuentran en los puestos de mando son los que menos se relacionan con los pacientes, y su comportamiento inspira el comportamiento del resto de los miembros del personal. El contacto medio diario con psiquiatras, psicólogos, residentes y médicos combinados, va desde 3,9 a 25,1 minutos, con una media total de 6,8 (comprobado en seis pseudopacientes durante 129 días de hospitalización). En esta media se encuentra incluido el tiempo empleado en la entrevista de admisión, reuniones del ala psiquiátrica en presencia de un miembro experimentado del personal, psicoterapia de grupo e individual, conferencias de presentación de los casos y reuniones para el alta. Claramente los pacientes no emplean mucho tiempo en contactos interpersonales con el personal médico. Y el personal médico es el ejemplo a seguir para las enfermeras y cuidadores.

Probablemente existen otras causas. Las instituciones psiquiátricas se encuentran en este año 1972 en una difícil situación económica. Los recortes de personal son generalizados, por lo que el tiempo de personal es muy caro. A algo hay que renunciar, y ese algo, es el contacto con los pacientes. Aún así, aunque las dificultades financieras son una realidad, se las culpa en exceso. Tengo la impresión de que las fuerzas psicológicas que dan lugar a la despersonalización son mucho más fuertes que las financieras, y que el aumento del personal no se correspondería con una mejora en el cuidado de los pacientes. La frecuencia de las reuniones del personal y las enormes cantidades de registros de datos de los pacientes, por ejemplo, no han sido reducidos de forma tan sustancial como el contacto con los pacientes. Existen prioridades incluso en los tiempos duros. El contacto con los pacientes no es una prioridad significativa en los hospitales psiquiátricos tradicionales, y la presión económica no

tiene la culpa de ello. Resulta más probable que el motivo sea la despersonalizarlos y la evitación. La enorme confianza depositada en la medicación psicotrópica tácitamente contribuye a la despersonalización, convenciendo al personal de que el tratamiento está siendo seguido y de que un contacto adicional con los pacientes no es necesario. Sin embargo, debemos ser cautos a la hora de interpretar el papel de los fármacos psicotrópicos. Si los pacientes tuvieran poder en lugar de encontrarse indefensos, si fueran considerados como individuos interesantes más que como entidades de diagnóstico, si tuvieran alguna significación a nivel social en lugar de ser los leprosos sociales, si su angustia de una forma total y sincera nos comprometiera a simpatizar y preocuparnos por ellos, ¿no buscaríamos tener contacto con ellos, a pesar de la disponibilidad de la medicación? ¿Quizás sólo por el placer de todo esto?

Las consecuencias del etiquetado y la despersonalización

Siempre que la ratio entre lo que se conoce (en el numerador) y lo que se necesita conocer (en el denominador) se aproxima a cero, tendemos a inventar “conocimiento”, y asumimos que sabemos más de lo que en realidad sabemos. Parece que no podemos reconocer que, simplemente, no lo conocemos. La necesidad de diagnosticar y de remediar los problemas emocionales y de conducta es enorme. Pero más que reconocer que en 1972 estamos embarcados en su comprensión, continuamos etiquetando a los pacientes como “esquizofrénicos”, “maníaco-depresivos” y “locos”, como si en esas palabras hubiéramos capturado la esencia del conocimiento. La verdad del asunto es que sabemos desde hace mucho tiempo que los diagnósticos frecuentemente no son útiles ni podemos confiar en ellos, y sin embargo seguimos utilizándolos. Ahora sabemos que no podemos distinguir la locura de la cordura. Es deprimente pensar en cómo se utilizará esta información.

No es sólo deprimente, sino aterrador. Y uno se pregunta, ¿cuánta gente cuerda no reconocida como tal se encuentra en 1972 en nuestros hospitales? ¿Cuántos han sido innecesariamente privados de sus derechos como ciudadanos, de su derecho al voto y a manejar sus propias cuentas? ¿Cuántos han fingido “locura” para evitar las consecuencias penales de su conducta y, al contrario, ¿cuántos preferirían un juicio antes que vivir indefinidamente en un hospital psiquiátrico, pero son erróneamente considerados enfermos mentales? ¿Cuántos han sido estigmatizados por bienintencionados, pero erróneos diagnósticos? Recordar de nuevo que el “error de tipo 2 (considerar como enfermos a los sanos)” en los diagnósticos psiquiátricos no tiene las mismas consecuencias que en el diagnóstico médico. Un diagnóstico de cáncer erróneo es causa de celebración. Pero los diagnósticos psiquiátricos raramente resultan ser erróneos. La etiqueta persiste, un signo de inadecuación para siempre.

Y por último ¿cuántos pacientes podrían estar “cuerdos” fuera del hospital, pero parecen “locos” dentro de él, no porque la locura resida en ellos, sino porque responden a un extraño escenario como las instituciones que albergan a gente inferior? Goffman [4] denomina “envilecimiento” al proceso de socialización en estas instituciones, una acertada metáfora que incluye el proceso de despersonalización que he descrito aquí. Y mientras sea imposible saber si las respuestas de estos pseudopacientes a estos procesos son extensibles a todos los internados (ellos, después de todo, no eran pacientes reales), es difícil creer que estos procesos de socialización de los hospitales psiquiátricos den lugar a actitudes o hábitos de respuesta útiles para la vida en “el mundo real”.

Resumen y conclusiones

Está claro que en los hospitales psiquiátricos no podemos distinguir la cordura de la locura. El hospital, en sí mismo, crea un ambiente especial en el que el significado de las conductas puede ser fácilmente malinterpretado. Las consecuencias para los pacientes hospitalizados en

un ambiente así (la indefensión, la despersonalización, la segregación, el envilecimiento y el autoetiquetado) parecen, sin ninguna duda, contraterapéuticos.

Incluso ahora, sigo sin comprender este problema lo suficientemente bien para ver soluciones. Pero parece que hay dos temas prometedores. El primero tiene que ver con la proliferación de instalaciones comunitarias para salud mental, de centros de intervención urgente y de terapias del comportamiento que, por su propia problemática, tienden a evitar las etiquetas psiquiátricas, a focalizarse en problemas y conductas específicos, y a mantener al individuo en un ambiente relativamente no peyorativo. Claramente, en la medida en que evitemos enviar a los que sufren angustiados a lugares insanos, será menos probable que nuestra impresión de ellos sea distorsionada (el riesgo de las impresiones distorsionadas, me parece a mí, está siempre presente, dado que somos mucho más sensibles a las conductas y verbalización individuales que a los sutiles estímulos contextuales que con frecuencia las provocan. Como digo, es una cuestión de envergadura. Y, como he mostrado, la envergadura de la distorsión es muchísimo mayor en un contexto extremo como es un hospital psiquiátrico).

El segundo asunto prometedor habla de la necesidad de aumentar la sensibilidad de los profesionales e investigadores de la salud mental frente a una situación sin salida, como la novela *Catch-22-Position*. La simple lectura de material en relación a esta materia sería de ayuda para muchos trabajadores e investigadores. Para otros, experimentar directamente el impacto de la hospitalización psiquiátrica sería de enorme utilidad. Es evidente que más investigación en la psicología social de la totalidad de las instituciones mentales facilitaría el tratamiento y una comprensión más profunda.

Los otros pseudopacientes y yo tuvimos reacciones claramente negativas. No pretendemos describir las experiencias particulares de los verdaderos pacientes. Las suyas pueden ser diferentes de las nuestras, particularmente con el paso del tiempo y el necesario proceso de adaptación a su ambiente. Pero podemos y debemos hablar de los relativamente más objetivos índices de tratamiento en el hospital. Podría ser un error verdaderamente desafortunado considerar que lo que nos ocurrió a nosotros derivó de la malicia o de la estupidez del personal. Por el contrario, tuvimos la abrumadora impresión de que eran gente que realmente los cuidaban, que eran gente comprometida y que eran extraordinariamente inteligentes. La causa de que fracasaran, como en ocasiones hacían de manera dolorosa, debe atribuirse más bien a la realidad en la que también ellos se encontraban y no a su insensibilidad personal. Sus representaciones y formas de conducta son determinadas más por la situación que por una maliciosa disposición. En un ambiente más benigno, uno que estuviera menos atado a los diagnósticos, sus conductas y sus evaluaciones podrían haber sido más benignas y efectivas.

1. P. Ash, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 44, 272 (1949); A. T. Beck, *Amer. J. Psychiat.* 119, 210 (1962); A. T. Boisen, *Psychiatry* 2, 233 (1938); N. Kreitman, *J. Ment. Sci.* 107, 876 (1961); N. Kreitman, P. Sainsbury, J. Morrisey, J. Towers, J. Scrivener, *ibid.*, p. 887; H. O. Schmitt and C. P. Fonda, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 52, 262 (1956); W. Seeman, *J. Nerv. Ment. Dis.* 118, 541 (1953). For an analysis of these artifacts and summaries of the disputes, see J. Zubin, *Annu. Rev. Psychol.* 18, 373 (1967); L. Phillips and J. G. Draguns, *ibid.* 22, 447 (1971).

2. R. Benedict, *J. Gen. Psychol.* 10, 59 (1934).

3. See in this regard H. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (Free Press, New York, 1963); B. M. Braginsky, D. D. Braginsky, K. Ring, *Methods of Madness: The Mental hospital as a Last Resort* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1969); G. M. Crocetti and P. V. Lemkau, *Amer. Sociol. Rev.* 30, 577 (1965); E. Goffman, *Behavior in Public Places* (Free Press, New York, 1964); R. D. Laing, *The Divided self: A Study of sanity and Madness* (Quadrangle, Chicago, 1960); D. L. Phillips, *Amer. Sociol. Rev.* 28, 963 (1963); T. R. Sarbin, *Psychol. Today* 6, 18 (1972); E. Schur, *Amer. J. Sociol.* 75, 309 (1969); T. Szasz, *Law, Liberty and Psychiatry* (Macmillan, New York, 1963); *The Myth of Mental illness: Foundations*

of a *Theory of Mental Illness* (Hoebner-Harper, New York, 1963). For a critique of some of these views, see W. R. Gove. *Amer. Sociol. Rev.* 35, 873 (1970).

4. E. Goffman, *Asylums* (Doubleday, Garden City, N.Y., 1961).

5. T. J. Scheff, *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (Aldine, Chicago, 1966).

6. Data from ninth pseudopatient are not incorporated in this report because, although his personal history, including his marital status and parental relationships. His experimental behaviors therefore are not identical to those of the other pseudopatients.

7. A. Barry, *Bellevue Is a State of Mind* (Harcourt brace Jovanovich. New York, 1971); I. Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital* (McGraw-Hill, New York, 1956); W. Caudill, F. C. Redlich, H. R. Gilmore, E. B. Brody, *Amer. J. Orthopsychiat.* 22, 314 (1952); A. R. Goldman, R. H. Bohr, T. A. Steinberg, *Prof. Psychol.* 1, 427 (1970); unauthored, *Roche Report I* (No. 13, 8 (1971).

8. Beyond the personal difficulties that the pseudopatient is likely to experience in the hospital, there are legal and social ones that, combined, require considerable attention before entry. For example, once admitted to a psychiatric institution, it is difficult, if not impossible, to be discharged on short notice, state law to the contrary notwithstanding. I was not sensitive to these difficulties at the outset of the project, nor to the personal and situational emergencies that can arise, but later a writ of habeas corpus was prepared for each of the entering pseudopatients and attorney was kept "on call" during every hospitalization. I am grateful to John Kaplan and Robert Bartels for legal advice and assistance in these matters.

9. However distasteful such concealment is, it was a necessary first step to examining these questions. Without concealment, there would have been no way to know how valid these experiences were, nor was there any way of knowing whether whatever detections occurred were a tribute to the diagnostic acumen of the staff or to the hospital's tumor network. Obviously, since my concerns are general ones that cut across individual hospitals and staffs, I have respected their anonymity and have eliminated clues that might lead to their identification.

10. Interestingly, of the 12 admissions, 11 were diagnosed as schizophrenic and one, with the identical symptomatology, as manic-depressive psychosis. This diagnosis has a more favorable prognosis, and it was given by the only private hospital in our sample. On the relations between social class and psychiatric diagnosis, see A. de B. Hollingshead and F. C. Redlich, *Social Class and Mental Illness: A Community Study* (Wiley, New York, 1958).

11. It is possible, of course, that patients have quite broad latitudes in diagnosis and therefore are inclined to call many people sane, even those whose behavior is patently aberrant. However, although we have no hard data on this matter, it was our distinct impression that this was not the case. In many instances, patients not only singled us out for attention, but came to imitate our behaviors and styles.

12. J. Cumming and E. Cumming, *Community Ment. Health* 1, 135 (1965); Afarina and K. Ring, *J. Abnorm. Psychol.*, 70, 47 (1965); H. E. Freeman and O. G. Simmons, *The Mental Patient Comes Home* (Wiley, New York, 1963); A. S. Linsky, *Soc. Psychiar.*, 5, 166 (1970).

13. S.E. Asch, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 41, 258 (1946); *Social Psychology* (Prentice-Hall, New York, 1952).

14. See also I. N. Mersh and J. Wishner, *J. Personality* 16, 188 (1947); J. Wishner, *Psychol. Rev.* 67, 96 (1960); J. S. Bruner and R. Tagiuri, in *Handbook of social Psychology*, G Lindzey, Ed. (Addison-Wesley, Cambridge, Mass. 1954), vol 2, pp 634-654; J.S Bruner, D Shapiro, R Tagiuri, in *Person Perception and Interpersonal Behavior*, R Tagiuri and L. Petrullo, Eds (Stanford Univ. Press, Stanford. Calif.. 1958), pp 277-288.

15. For an example of a similar self-fulfilling prophecy, in this instance dealing with the "central" trait of intelligence, see R Rosenthal and L. Jacobson. *Pygmalion in the Classroom* (Holt, Rinehart Winston, New York, 1968).

16. E. Zigler and L Phillips, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 63, 69 (1961). See also R. K. Freudenberg and J .P. Robertson, A.M.A, *Arch, Neurol. Psychiar.* 76, 14 (1956).

17. W. Mischel, *Personality and Assessment* (Wiley, New York, 1968).

18. The most recent and unfortunate instance of this tenet is that of Senator Thomas Eagleton.

19. T. R Sarbin and J. C. Mancuso, *J. Clin. Consult. Psychol.* 35, 159 (1970); T. R. Sarbin *ibid*, 31, 447 (1967); J. C. Nunnally, Jr, *Popular Conceptions of Mental Health* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1961).

20. A. H. Stanton and M. S. Schwartz, *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment* (Basic, New York, 1954).

21. D. B. Wexler and S.E. Scoville, *Ariz, Law rev.* 13, 1 (1971).

22. I thank W. Mischel, E. Orne, and M. S. Rosenhan for comments on an earlier draft of this manuscript.