

# **SOBRE ESTAR CUERDO EN CENTROS PARA LOCOS**

Un resumen del experimento de David Rosenhan en 1972, y las experiencias de Lauren Slater 22 años después.

Evalmed colaboraciones

<https://evalmed.es/2017/03/29/experimento-de-david-rosenhan-y-col-sobre-estar-cuerdo-en-centros-para-locos/> (evalmed.es)

## EL EXPERIMENTO DE DAVID ROSENHAN EN OCTUBRE DE 1972: LA ETIQUETA DE PACIENTE

### Antecedentes.

Corría el año 1972, cuando Thomas Szasz había escrito *“El mito de la enfermedad mental”* y R. D. Laing retaba a los psiquiatras *“a replantearse la esquizofrenia como una forma de posible poesía”*. Hacía poco que había terminado la Guerra de Vietnam, a la que no había ido David Rosenhan, el cual había observado que muchos otros hombres no habían ido, alegando enfermedad mental, y tenía la curiosidad por saber si era posible o no fingir los síntomas.



## **El experimento.**

Llamó a siete amigos que pudieran estar dispuestos en octubre de ese 1972. Contando con él mismo, eran ocho: tres psicólogos (uno de ellos era Martin Seligman), un estudiante de postgrado, un pediatra, un pintor, un psiquiatra y una ama de casa.

Los ocho falsos pacientes tenían que presentarse en un hospital psiquiátrico y decir aproximadamente: *“Oigo una voz que me dice ¡Zas!”*. Rosenhan escogió en concreto esa queja porque en toda la bibliografía psiquiátrica no se encuentra ni una sola referencia a que pacientes oyeran voces tan netamente de cómic.

En cuanto al resto de las preguntas, los ocho pacientes debían contestar con toda sinceridad, salvo en lo referente a nombre y profesión. No debían fingir ningún síntoma. Una vez ingresados, si los admitían, debían declarar inmediatamente que habían dejado de oír la voz y que se encontraban bien. Rosenhan dio a sus cómplices una lección sobre cómo proceder con la medicación. No debían ingerir las pastillas, sino esconderlas debajo de la lengua, para poder luego escupirlas en privado.

Todos los falsos-enfermos fueron aceptados como verdaderos-enfermos. Siete de ellos fueron diagnosticados de esquizofrenia, y el último de psicosis maníaco-depresiva. Fueron retenidos 19 días de promedio (desde los 52 días de Rosenhan a 7 días, la más corta estancia). En total recibieron 2.100 comprimidos para diversa enfermedad mental. Todos habían experimentado una verdadera reducción de estatus. Y, finalmente, todos habían sido dados de alta por remisión temporal de los síntomas, lo que significaba que en ningún centro se había llegado a detectar que en realidad estaban cuerdos y que su actual estado de salud sólo era un paréntesis pasajero de una enfermedad que nunca remitiría.

El resultado se publicó en la revista *Science* bajo el título: *“On being sane in insane places”* (*“Sobre estar cuerdo en centros para locos”*), y fue recibido con indignación por la comunidad relacionada con la salud mental. Las etiquetas determinan la forma en que vemos lo que vemos, y los psiquiatras no parecían estar inmunizados con su profesión.

Pero se resistían a aceptar esa conclusión, hasta el punto de que un centro retó a Rosenhan a que en los próximos tres meses enviase a urgencias todos los falsos-enfermos que quisiera, porque, ahora mejor preparados, los detectarían.

## La réplica y la dúplica.

Rosenhan aceptó, y al tercer mes, después de haberse presentado 193 sujetos en urgencias, el personal del hospital informó que habían detectado con un alto grado de fiabilidad a 41 falsos-enfermos de los que había enviado, y más de 42 se consideraron sospechosos.

Rosenhan no había enviado ninguno. Los identificados como fingidores no eran fingidores, los identificados como “falsos-enfermos” eran “verdaderos-enfermos” [\*].

Caso cerrado.

[\*] Dejaremos para explicar en un PUNTO DE VISTA, desde el Sistema del Materialismo Filosófico, la diferencia entre “verdadero-enfermo” y “enfermo-verdadero”; es decir entre “verdadero *in-firme*” (según la institución *in-firme* e instituciones del entorno políticamente implantadas en los países occidentales después de la Segunda Guerra Mundial), e “*in-firme* verdadero”.

## **LAS EXPERIENCIAS DE LAUREN SLATER 32 AÑOS DESPUÉS**

### **¿Se hubiera podido repetir el mismo experimento en 2003?**

Sin embargo, Robert Spitzer (del Instituto de Biometría de la Universidad Columbia de Nueva York), que escribió duras críticas contra Rosenhan y su experimento, se propuso reconstruir el edificio desmantelado. Spitzer afirmaba que la segunda edición del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM-II) desde 1968 era imprecisa y llena de ambigüedades y metáforas. El DSM-II había sucedido al DSM-I, que se publicó en 1953.

Por eso se propuso ajustar los criterios diagnósticos de forma que todos y cada uno de ellos fueran mensurables, y para hacerlos aplicables a cualquier diagnóstico, introduciría unas directrices muy estrictas sobre sintomatología, duración y frecuencia. En 1980, bajo su dirección, se publicó el DSM-III, con doscientas páginas más que la anterior.

Veintidós años después de la publicación del DSM-III, Lauren Slater, tal y como relata en su libro *“Cuerdos entre locos”*, entrevistó a finales de los 90 a Spitzer, el cual aseguró que con este fiable instrumento diagnóstico el experimento de Rosenhan no podría volver a suceder.

Semanas después de la entrevista, Slater repitió el experimento de Rosenhan presentándose ocho veces (en ocho días consecutivos) en urgencias, pensando que el ¡Zasi! revelaría su impostura, por lo conocido que era el experimento en la comunidad psiquiátrica.

Sin embargo, no fue descubierta. Cada una de las ocho consultas duró 12 minutos de promedio (tras dos horas de previa espera). En 2003 ya no la ingresaron, pero la mandaron a su casa con el diagnóstico “depresión con características psicóticas”, que en el DSM aparece entre las graves. En esos ocho días le recetaron 25 antipsicóticos y 60 antidepresivos.

Llamó a Spitzer, que, abatido, contestó: “Estoy decepcionado. Creo que, simplemente, a los médicos no les gusta decir no sé”.

## COROLARIO

El experimento de Rosenhan mostró la subjetividad del diagnóstico de la psiquiatría (que pasa por ser objetivo) y los prejuicios de estereotipar y etiquetar institucionalmente como “verdadero-enfermo” sin que esto responda a una inequívoca objetividad de “enfermo-verdadero”.

Etiquetar a una persona como *“enfermo que está pasivamente padeciendo esta enfermedad”* sitúa al médico y a la persona ante una expectativa autocumplidora.

La expectativa negativa puede convertirse en un efecto nocebo y la positiva puede devenir placebo.