rique Carpintero
(Compilador)

L
subjetivida
asediad

Medicalizaci
para domestic
al suje

Medicar es un acto médico. Aquí el fármaco se transforma en un instrumento del equipo interdisciplinario para trabajar con el padecimiento subjetivo. En cambio la medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica.

La medicalización es un término que se viene usando desde hace muchos años para demostrar los efectos en la medicina de la mundialización capitalista donde lo único que importa es la ganancia. Es así como las grandes industrias redefinen la salud humana acorde a una subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante. Su resultado es que el sujeto atrapado en las "pasiones tristes" encuentra en una pastilla la ilusión de una felicidad transitoria. En el

Colección FICHAS PARA EL SIGLO XXI
Serie Futuro Imperfecto

Diseño y Armado:
Víctor Macri/Diego Macri

Enrique Carpintero
La subjetividad asediada : medicalización para domesticar al sujeto / Enrique Carpintero ; Juan Pundik ; Patrick Coupechoux ; compilado por Enrique Carpintero. - 1a ed. - Buenos Aires : Topía Editorial, 2011.
96 p. ; 20x14 cm. - (Fichas para el siglo XXI. Futuro Imperfecto; 20)

ISBN 978-987-1185-45-0

1. Psiquiatría . 2. Salud Mental. I. Pundik, Juan II. Coupechoux, Patrick III. Enrique Carpintero, comp. IV. Título.
CDD 616.89

Fecha de catalogación: 03/08/2011

© Topía Editorial

ISBN 978-987-1185-45-0

Editorial Topía
Juan María Gutiérrez 3809 3º "A" Capital Federal

La subjetividad asediada
Medicalización para domesticar al sujeto

Enrique Carpintero (compilador)

Patrick Coupechoux, Juan Pundik y

Allen J. Frances

TopiA
EDITORIAL

Colección Fichas para el siglo XXI

Los autores

Enrique Carpintero: Psicoanalista. Egresado de la Facultad de Psicología UBA. Doctor en Psicología de UNSL. Director de la revista y la editorial *Topía*. Fue fundador y director de la Cooperativa de Salud Mental Servicio de Atención para la Salud SAS. Entre sus libros publicados podemos citar: *Registros de lo negativo. El cuerpo como lugar del inconsciente, el paciente límite y los Nuevos Dispositivos Psicoanalíticos* (1999), *La alegría de lo necesario. Las pasiones y el poder en Spinoza y Freud* (2003, segunda edición en 2007), coautor junto a Alejandro Vainer de *Las huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la argentina de los '60 y '70.* Tomo I (1957-1969), Tomo II (1970-1983) (2004 / 2005)

Patrick Coupechoux: Periodista, colaborador de *Le Monde Diplomatique*. Su último artículo publicado allí fue "Francia estigmatiza a sus enfermos mentales: acerca del tratamiento por la seguridad social de la locura" (diciembre de 2009). Es autor de varios libros sobre la temática de la locura en Francia. Entre ellos se destacan *Un mundo de locos, acerca de como nuestra sociedad maltrata a sus enfermos menta ls* (Seuil, 2006) y *La depresión de los oprimidos, investigación sobre el sufrimiento psíquico en Francia* (Seuil, 2009).

de artículos en revistas. Sus últimos libros editados son: *¿Qué es el psicoanálisis?, La fuentes judaicas del psicoanálisis, El niño hiperactivo, Prozac ¿Sí o no?, La vida medicada.*

Allen J. Frances: Psiquiatra de EEUU. Fue presidente del Grupo de Trabajo del DSM-IV. Actualmente es uno de los mayores críticos de las revisiones propuestas para el DSM-V También se desempeñó como jefe del departamento de psiquiatría de *Duke University School of Medicine* de la cual es profesor emérito. Es co-autor junto al psiquiatra Michel First de *Yo estoy bien.*

La medicalización de la subjetividad
El poder en el campo de la Salud Mental

Enrique Carpintero

Yo estoy trabajando sobre la posibilidad de producir ahí Salud Mental, que cada grupo tenga su propia política. John Berger dice, en un libro que se llama Cada vez que decimos adiós, *que la pobreza no es un problema de escasez sino de distribución perversa de los beneficios. Yo estoy hablando de una situación en donde hay un porcentual de la población que va a estar excluida, y sobre la que yo trabajo.*

La pobreza es una situación que contaga el empobrecimiento del pensamiento. Un analista que trabaje en el campo social, tiene que poder coordinar un debate crítico, insisto en esto: no hay condición de pensamiento crítico con vocación de futuro si no hay procederes críticos.

Fernando Ulloa

Los problemas que atraviesan el campo de la Salud Mental en la argentina provienen de sus orígenes.[1]

Pero lo que ocurre en la actualidad debe ser entendido por el grave deterioro de la salud pública en los últimos 30 años. La dictadura de 1976 instaló la primacía del poder privado sobre lo público. En los ´90 el gobierno de Menem desarrolló una política que beneficiaba los intereses de las grandes empresas de la salud que, con diferentes variantes, continúa hasta la actualidad. Su resultado es una mala calidad de la atención y la exclusión de los

Dos documentales

"Comunidad de locos" es un documental de Ana Cutuli que narra dos experiencias de comunidades terapéuticas surgidas en los años '70 a partir del Plan Nacional de Salud Mental y desarrolladas durante la dictadura de Onganía.[3] Una es la realizada en Lomas de Zamora en el Hospital Neuropsiquiátrico José A. Estévez. En 1968 Wilbur R. Grimson se hace cargo de la dirección en el "Centro Piloto" del hospital con un equipo interdisciplinario y una nueva forma de trabajo: la comunidad terapéutica. En el mismo año, Raúl A. Camino se instala en Federal, Entre Ríos, para crear la comunidad terapéutica de Colonia Federal.

Ambas experiencias fueron reprimidas por diferentes dictaduras y sus protagonistas perseguidos.

En el final de este excelente documental de Ana Cutuli se señala que: "Hoy, con más del 30% de la población bajo la línea de pobreza, queda claro, como ya quedaba en aquella época, que más de la mitad de los internados en hospitales psiquiátricos están más por pobres que por locos". Es decir, luego de 40 años, el sistema manicomial en la Argentina sigue igual. No existe una política desde el poder que lleve a modificar el sistema manicomial. Los cambios que se han realizado y se siguen realizando dependen de la iniciativa de profesionales sin que estos puedan plasmarse en una política del campo de la Salud Mental que beneficie a la mayoría de la población.

"Sicko" es un documental realizado por Michael Moore sobre los sistemas de Salud. Allí compara el sistema de Salud privatizado de EEUU con los sistemas socializados de Canadá, Inglaterra y Cuba. Mientras que en el primero la calidad de atención es pésima, ya que lo único que interesa es la ganancia; el que no tiene un

reciben muchos diputados de los laboratorios. Entre ellos podemos observar cómo Hillary Clinton se oponía hace unos años a leyes que benefician a la industria farmacéutica para luego cambiar su posición al recibir una fuerte suma de dinero para su campaña presidencial.[4] Pero lo importante que queremos señalar, al mencionar esta película, es que hablar de socialización de la Salud no implica solamente a un país socialista como Cuba sino otros países con economías capitalistas como Inglaterra y Canadá. Es decir, hablar de socialización de la Salud nos plantea llevar adelante una perspectiva ética, racional y científica para dar cuenta del padecimiento humano.[5]

Entrevista al Premio Nobel de medicina Richard J. Roberts:[6]

-¿Qué modelo de investigación le parece más eficaz, el estadounidense o el europeo?

- Es obvio que el estadounidense, en el que toma parte activa el capital privado, es mucho más eficiente. Tómese por ejemplo el espectacular avance de la industria informática, donde es el dinero privado el que financia la investigación básica y aplicada, pero respecto a la industria de la salud... Tengo mis reservas.

- Le escucho.

- La investigación en la salud humana no puede depender tan sólo de su rentabilidad económica. Lo que es bueno para los dividendos de las empresas no siempre es bueno para las personas.

- Explíquese.

- La industria farmacéutica quiere servir a los mercados de capital...

- Como cualquier otra industria.

- Es que no es cualquier otra industria: estamos hablando de nuestra salud y nuestras vidas y las de nuestros hijos y millones de seres humanos.

- Pero si son rentables, investigarán mejor.

- ¿Y por qué dejan de investigar?

- Porque las farmacéuticas a menudo no están tan interesadas en curarle a usted como en sacarle dinero, así que esa investigación, de repente, es desviada hacia el descubrimiento de medicinas que no curan del todo, sino que cronifican la enfermedad y le hacen experimentar una mejoría que desaparece cuando deja de tomar el medicamento.

- Es una grave acusación.

- Pues es habitual que las farmacéuticas estén interesadas en líneas de investigación no para curar sino sólo para cronificar dolencias con medicamentos cronificadores mucho más rentables que los que curan del todo y de una vez para siempre. Y no tiene más que seguir el análisis financiero de la industria farmacológica y comprobará lo que digo.

- Hay dividendos que matan.

- Por eso le decía que la salud no puede ser un mercado más ni puede entenderse tan sólo como un medio para ganar dinero. Y por eso creo que el modelo europeo mixto de capital público y privado es menos fácil que propicie ese tipo de abusos.

- ¿Un ejemplo de esos abusos?

- Se han dejado de investigar antibióticos porque son demasiado efectivos y curaban del todo. Como no se han desarrollado nuevos antibióticos, los microorganismos infecciosos se han vuelto resistentes y hoy la tuberculosis, que en mi niñez había sido derrotada, está resurgiendo y ha matado este año pasado a un millón de personas.

- ¿No me habla usted del Tercer Mundo?

- Ése es otro triste capítulo: apenas se investigan las enfermedades tercermundistas, porque los medicamentos que las combatirían no serían rentables. Pero yo le estoy hablando de nuestro Primer Mundo: la medicina que cura del todo no es rentable y por

-Al capital sólo le interesa multiplicarse. Casi todos los políticos -y sé de lo que hablo- dependen descaradamente de esas multinacionales farmacéuticas que financian sus campañas. Lo demás son palabras...[7]

La medicalización

Medicar es un acto médico.[8] Aquí el fármaco se transforma en un instrumento del equipo interdisciplinario -a veces, necesario- para trabajar con el padecimiento subjetivo. En cambio la medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica.

La medicalización es un término que se viene usando desde hace muchos años para demostrar los efectos en la medicina de la mundialización capitalista donde lo único que importa es la ganancia. Es así como las grandes industrias redefinen la salud humana acorde a una subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante. Su resultado es que el sujeto atrapado en las "pasiones tristes" encuentra en una pastilla la ilusión de una felicidad transitoria.[9] De allí que muchos procesos normales como el nacimiento, la adolescencia, la vejez, la sexualidad, el dolor y la muerte se presentan como patológicos a los cuales se les puede aplicar un remedio para su solución. Al dar una resignificación médica a circunstancias de la vida cotidiana el sujeto no sólo se convierte en un objeto pasible de enfermedad, sino también culpable por padecerla. La búsqueda de la salud se transforma en una exigencia que en muchas ocasiones genera enfermos imaginarios de enfermedades creadas por los propios laboratorios.[10]

En el campo de la Salud Mental la medicalización se fomenta a partir de la hegemonía que ha adquirido la psiquiatría biológica

cuestionado por aquéllos que han retrocedido a un neopositivismo que reduce el pensamiento a un circuito neuronal y el deseo a una secreción química.

Para ello cuentan con el DSM IV (Manual de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales de la *American Pychiatric Association*) que psiquiatrizó la vida cotidiana en tanto toda conducta puede ser definida como un trastorno. Este es un manual basado en el esquema de síntomas-diagnóstico-tratamiento elaborado a partir de las neurociencias y el uso de psicotrópicos. A pesar de su utilidad epidemiológica el paciente es etiquetado con un diagnóstico que deja de lado su particularidad y las posibilidades de realizar un trabajo pluridisciplinario. Su objetivo no es organizar un tratamiento psicoterapéutico sino clasificar cada trastorno para poder aplicar la droga correspondiente: trastorno de aprendizaje con déficit de atención, *Ritalina*; depresión, *Fluoxetina*; ansiedad generalizada, *Lorazepam* y así sucesivamente.[11]

De esta manera el diagnóstico realizado sobre la base del DSM IV se adecua a las necesidades de las obras sociales y los pre-pagos que al disminuir los costos de las prestaciones priorizan la rapidez en los tratamientos. Pero si la medicalización de la psiquiatría se ha expandido es porque los pacientes acorde con los tiempos que corren reclaman que sus síntomas psíquicos tengan una causalidad orgánica ya que al depositar la ilusión en una pastilla evitan el camino de la resolución del conflicto. **Por ello los psiquiatras que se sostienen en el modelo hegemónico neopositivista se han transformados en agentes de propaganda médica.**

También la locura se redujo nuevamente a sus componentes biológicos. Para realizar semejantes cambios fue necesario echar por tierra muchos años de trabajo teórico y experiencias de comunidad terapéutica, hospital de día, etc.[12] Hoy el loco no es un sujeto con el que se establece una relación terapéutica, sino se ha con-

valores que se han propuesto desde Salud Mental perderían su sentido. Si esta ideología triunfa, entonces estos malestares deberían ser atendidos por los médicos psiquiatras o neurólogos, no por equipos de distintas disciplinas, con intervenciones psicosocial, y con participación de quienes padecen el trastorno, su familia y la comunidad."[13] Como veremos más adelante, desde esta perspectiva las diferentes asociaciones médicas y de psiquiatras cuestionan lo que denominan el "pseudo equipo interdisciplinario".

Un breve recorrido en la historia de la Salud Mental en la Argentina

Todo lo anterior nos lleva a plantear que la lucha antimanicomial tiene un límite mientras la salud esté en manos del poder privado. Las necesarias experiencias parciales que se realizan y las leyes que se aprueban no podrán implementarse plenamente mientras el Estado no garantice una salud socializada para el conjunto de la población.

Para que esto no quede en una cuestión de principios realicemos un breve recorrido desde la creación de las grandes estructuras manicomiales en la Argentina hasta la actualidad. Aunque el lector se sorprenda verá que a más de un siglo, en lo fundamental nada ha cambiado. Los actores que se fueron creando en diferentes períodos históricos siguen estando presentes adaptados a las actuales condiciones del capitalismo mundializado.

Veamos algunos momentos de su desarrollo:[14]

A) Entre 1880 y 1910 se afirma el dispositivo psiquiátrico a partir del denominado "alienismo" siguiendo al positivismo y a la psiquiatría francesa. En este modelo se proponía la supuesta curación de la enfermedad mental mediante el encierro de los pacientes a

"Braulio Moyano" y en 1863 el de Hombres, actualmente Hospital "José T. Borda", en la ciudad de Buenos Aires. Es Foucault quién define claramente los objetivos del poder psiquiátrico en esa época: "Me parece que, al menos en cierto plano -el de su funcionamiento disciplinario, digamos-, la función del saber psiquiátrico no consiste de manera alguna en fundar como verdad una práctica terapéutica, sino, y mucho más, en marcar, agregar una marca complementaria al poder del psiquiatra; en otras palabras, el saber del psiquiatra es uno de los elementos mediante los cuales el dispositivo disciplinario organiza en torno de la locura el sobrepoder de la realidad." Y agrega más adelante: "El hospital psiquiátrico, como cualquier otro hospital, es un espacio de pesquisa e inspección, una suerte de lugar inquisitorial, y la prueba de verdad no hace falta en absoluto. Incluso he tratado de mostrarles que no solo no se necesita la prueba de verdad, sino que no se necesita verdad alguna, ya sea obtenida por la técnica de la prueba o por la de la demostración. Más aún, no solo no se necesita sino que, en rigor, la crisis como acontecimiento de la locura y el comportamiento del loco esta excluida."[15]

A principios del siglo pasado el edificio de la psiquiatría institucional estaba a medio camino por varios motivos, principalmente debido a la falta de cumplimiento de los proyectos de construcción de hospitales y los límites de los tratamientos empleados. En el caso de los primeros manicomios, en poco tiempo reflejaban imágenes del gran encarcelamiento, desatendiendo las condiciones especiales con las cuales debía contar el alienista para producir el denominado "tratamiento moral".

Esta situación fue aliviada parcialmente por el alienista Domingo Cabred que creó la Colonia Nacional de Alienados *Open Door* en 1899, y en 1906 la Dirección de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. En 1910 promovió la construcción de

jeron nuevos problemas sociales y sanitarios. De ese modo se incorporaron las nacientes ideas del "higienismo", que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios -desde epidemias hasta delitos- en el conjunto social.

En las siguientes décadas se produjo una transición que fue desnudando los límites de las políticas de alienistas e higienistas debido a la indigencia estructural, propia de la lógica manicomial; y por la insuficiencia crónica de recursos que negaban las clases dominantes.

En 1931 el destacado psiquiatra Gonzalo Bosch publicó un texto sobre "El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina" en el cual criticaba a un Estado que fracasaba, a una crisis de legitimación en la psiquiatría y a sus deudas respecto a la resolución del problema de la psiquiatría en la Argentina. Sin embargo se crearon nuevas instituciones de asistencia social de grupos vulnerables que fueron paralelas a las ofertas de los primeros servicios de internación psiquiátrica privada: los Institutos Frenopáticos. Mientras los locos pobres tenían que ir a las instituciones públicas abandonadas los que contaban con recursos económicos podían acceder a lugares de mayor confort y comodidad.

B) En la década del '40 se afianzó el Estado de Bienestar en la Argentina, de característica populista, mediante el surgimiento y consolidación del peronismo. **En esta época aparece un nuevo grupo aliado a los psiquiatras manicomiales. La creación desde el Estado de organizaciones burocráticas sindicales que manejan las obras sociales llevó a que estas comenzaran a defender junto a aquellos psiquiatras las estructuras manicomiales.** El ministro de Salud desde 1946 a 1952 fue el neurólogo Ramón Carrillo. En Salud Mental intentó dar soluciones materiales a problemas tales como la falta de capacidad hospitalaria y de coordinación entre

Rivière del hospital acusándolo de "comunista" y "de promover la homosexualidad" por haber comenzado a implementar grupos terapéuticos con los pacientes. Pero el gremio médico y la mayor parte de los psiquiatras ligados al higienismo no apoyaron las reformas de Carrillo. En esos años del gobierno peronista el deterioro de la situación en los manicomios se mantuvo.

C) En la década del '50 la situación mundial había cambiado y el capitalismo necesitaba reformular un nuevo pacto social en el que se debía asegurar el desarrollo económico. Para ello, el Estado debe cumplir la función de brindar seguridad social y económica a los ciudadanos. Desde el final de la Segunda Guerra se había afirmado el llamado movimiento de Salud Mental en los países centrales capitalistas. Esta corriente se incluía dentro de la perspectiva keynesiana del Estado de Bienestar. Podemos señalar que, en este momento, la mitad de las camas de internación en el mundo eran psiquiátricas. Por lo tanto era necesario disminuir esos tremendos costos. Es en este contexto donde el proceso de transformación del orden manicomial estará determinado por esa dinámica económica y política. En 1953 la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, lo cual fue cumplido parcialmente por algunos países.

En Inglaterra comenzaron a gestarse los movimientos de comunidades terapéuticas propiciadas por Maxwell Jones. En EE.UU. la psiquiatría comunitaria. En Francia se lleva a delante la llamada "Política del Sector". En Italia la psiquiatría democrática liderada por Franco Basaglia que surgirá en 1967.

En nuestro país a mediados de la década del '50 las tareas por realizar eran enormes debido a las condiciones desastrosas de los Hospicios.

Durante el año 1957, en la Argentina, con la imposición del desarrollismo como estrategia económica, política y social en el país

carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Ya no era solamente el psiquiatra el que daba cuenta de la Salud Mental, también aparecían otros actores, en especial los psicólogos, que a pesar de tener prohibida la práctica clínica, ganaban importantes espacios en los hospitales y Centros de Salud Mental, aunque debían trabajar gratis. Las conceptualizaciones del psicoanálisis, la sociología, la antropología, la psicología institucional y la psiquiatría comunitaria cuestionaban las instituciones manicomiales y ponían el acento en las prácticas comunitarias y preventivas-asistenciales. Durante estos años, se crearon las primeras residencias de Salud Mental, las salas de internación en Hospitales Generales, los Hospitales de Día y las Comunidades Terapéuticas. A la vez se difundieron los tratamientos terapéuticos que mostraban la potencialidad de extender los límites del psicoanálisis: los tratamientos grupales, familiares e institucionales, el psicodrama, la psicología social, el psicoanálisis de niños y las escuelas para padres.

Sin embargo la estructura manicomial sigue vigente apoyada por los diferentes poderes políticos que atraviesan la décadas del ´60 y ´70, los cuales prohibieron y reprimieron algunas experiencias. Las reformas quedan como experiencias parciales que no son integradas a un plan Nacional de Salud Mental como se muestra en el documental de Ana Cutuli.

D) La dictadura cívico-militar de 1976 instala el Terrorismo de Estado. Se destruyen los servicios de Salud Mental ya que las instituciones fueron intervenidas por una burocracia cívico-militar para llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional. En este momento empieza a afianzarse una política privatista en el campo de la Salud. Es decir, si hasta ahora el Estado se había desentendido de la Salud Mental, empiezan a tomar poder los grupos priva-

Plan Piloto de Salud Mental y Social (La Boca-Barracas), que se agotan rápidamente por falta de un presupuesto adecuado y una decisión política para continuarlas[16]. Nuevamente se comienza con planes pilotos que finalizan al breve tiempo por no contar con un apoyo del Estado. Debemos decir que la historia de nuestro país es la historia de planes pilotos y la continuidad de los manicomios desde fines del siglo XIX. El mayor logro, en esta época, fue la reforma antimanicomial realizada en la provincia de Río Negro. Pero en los noventa se reafirma una política neoliberal capitalista regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud queda en manos del mercado. Es decir, de los grandes laboratorios y empresas de medicina. Como dice Maitena María Fidalgo: "El panorama general de sector salud muestra una aguda crisis de la seguridad social, desprestigiada y desfinanciada; un sector público que mantiene un presupuesto estable ante una demanda cada vez mayor; un sector privado que atiende las necesidades de los sectores con determinado poder adquisitivo, fragmentando, y diferenciando planes de salud de acuerdo a la capacidad de pago. Así el ámbito sanitario se consolidó como un mercado más, radicalizándose la puja distributiva que se registraba en décadas."[17] Su consecuencia es una derechización de la gestión de las crisis sociales que modificará las reglas de juego en el campo de las políticas sanitarias. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública para servir a los intereses privados. De esta manera se produce el desmantelamiento de las instituciones públicas ya que la salud queda en manos de la iniciativa privada donde su eje son costos-beneficios. El proceso de concentración y mundialización capitalista trae aparejado la exclusión y desafiliación de amplios sectores de la población, cuyo resultado es quedar en los márgenes de la sociedad.

Para finalizar este apartado creemos necesario hacer un comen-

analizar datos de más de 20 países, establecieron una clara correlación entre los préstamos de FMI a esos países y el aumento de los casos de tuberculosis.

Cuando los préstamos se interrumpieron, la epidemia de tuberculosis volvió a reducirse. La explicación es simple: la condición para el otorgamiento de los créditos es que el Estado imponga una 'disciplina financiera' (reducir el gasto público), y la primera víctima de esas medidas destinadas a establecer la 'la salud financiera' es la propia salud pública."[18]

La Salud Pública es participativa

Si hablamos de la salud pública tendemos a compararla en contraposición a la salud privada. Mientras la pública esta en manos del Estado y supuestamente sirve a los intereses del conjunto de la población la privada responde a las leyes de costo-beneficio donde solo pueden acceder a sus servicios aquellos que pueden pagar. Si bien este planteo es básicamente correcto debemos tener en cuenta que el Estado no es neutral ya que responde a determinados intereses políticos y económicos desde el cual privatiza la salud pública en su beneficio. Cuando hablamos del sector privado debemos reconocer que este ya no está constituido por los consultorios y las pequeñas empresas médicas. Ahora es hegemonizado por las grandes empresas que realizan su inversión en salud bajo la expectativa de la ganancia económica. Los principios de su participación en salud son ajenos a las ideas de lo comunitario y a la prevención de riesgos.

Para la perspectiva liberal conservadora o la liberal progresista lo público es sinónimo de intervención del Estado. En ambas se mantiene la consideración de lo privado de la salud, reservándose la intervención de lo público para aquellos individuos o grupos

nómica del grupo familiar. La pública se centra en el hospital psiquiátrico donde priva el sistema custodial sobre el curativo. En ambas no se actúan sobre los determinantes sociales que producen el malestar subjetivo y por lo tanto se reducen a lo curativo.

De esta manera la Salud Mental pública confunde las acciones comunitarias con la pobreza y la exclusión. Al mismo tiempo asistimos a un retorno del modelo asilar, no ya por vía de las internaciones masivas en hospicios sino por el modelo de relación asistencialista que se va imponiendo en las instituciones de salud del Estado, que abandonadas las premisas de la prevención y los principios comunitarios, responden a la demanda con la prescripción de medicamentos.

En este sentido -como dice Emiliano Galende- una serie de factores que fueron esenciales para el proceso de reconversión de los sistemas de atención en Salud Mental son molestos para los principios económicos de las empresas privadas. Por ejemplo la comprensión comunitaria de los problemas de Salud Mental que exigiría dar cuenta de la complejidad de la determinación de las patologías para la utilización de estrategias comunitarias en los tratamientos; la participación de los propios pacientes y las familias en los tratamientos; el desarrollo de las acciones preventivas; los principios del método psicoanalítico, que requiere traspasar la demanda del paciente, la frecuencia de las sesiones y su duración, a los tiempos del inconsciente. No pudiendo guiar la cobertura por la racionalidad de estos factores, la atención que prestan las empresas de medicina se apoya en modelos médicos asistencialistas que, aparentemente, requieren menos costos. Resulta claro que el problema del proceso de privatización no afecta solamente al financiamiento de la atención, no se trata solamente de quién y cómo se paga, sino que cuestiona los principios y conocimientos propios de las diversas disciplinas que intervienen, de sus métodos en los tratamientos y de los criterios de sus profesionales.[19]

El poder en el campo de la Salud Mental

Si en los inicios de la Modernidad, la locura ocupó un lugar periférico en la ciudad y su modelo es el manicomio como orden represivo; en la actualidad no existe interés en producir nuevas instituciones. Si la psiquiatría clásica, a principios de siglo, estaba al servicio de mantener el orden represivo de la locura para luego, compartir con otros profesionales el "campo de la salud mental". En la actualidad, pretende hegemonizar la salud mental al servicio de las empresas de medicina y los grandes laboratorios. Su consecuencia es el avance de una contrarreforma psiquiátrica donde el consumo de psicofármacos se ha transformado en una de las adicciones más importantes de la actualidad.[21] Por otro lado, los últimos adelantos en psicofarmacología sólo pueden ser utilizados por aquellos que tienen un gran poder adquisitivo. De esta manera la locura importa, si el paciente tiene plata para comprar medicamentos, pagarse una internación o lograr que algún pre-pago u obra social pueda solventar sus gastos.[22] Los locos si son pobres se los ignora. Hoy la Salud Mental es para los que tienen plata. Los pobres no pueden obtener del Estado aquellos servicios a los cuales tienen derechos. Su salud depende de profesionales que tratan, parcialmente, de dar cuenta de su padecimiento psíquico en instituciones públicas cuyo abandono refleja esta situación. En esta perspectiva pensar modificar el sistema manicomial sin dar cuenta de una estructura social, política y económica que la determina se convierte en una ilusión. Nada mejor que recordar lo que planteaba Franco Basaglia: "El problema de la opresión, de la institucionalización, no tiene que ver sólo con el enfermo mental o el manicomio, sino con la estructura social en su totalidad, el mundo del trabajo en todas sus articulaciones. La fábrica en la que el obrero trabaja es tan alienante como el manicomio; la cárcel no es un

la estructura del Estado, sirven al Estado y no al ciudadano. Evidentemente, en una situación como ésta, o eliminamos estas instituciones o las transformamos para que se vuelvan útiles a los ciudadanos, para que respondan a sus necesidades."[23]

Un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) establece que el 10% de la población de los manicomios tiene más de 25 años de internación, mientras que el 25% se encuentra allí entre 10 y 25 años. El promedio de tiempo que pasa una persona internada es de nueve años. El 20% del total de internados deberían estar dados de alta. A ello se suma las malas condiciones edilicias, de alimentación, de higiene, de atención y un porcentaje importante de profesionales que trabajan sin cobrar ningún sueldo.

Como decíamos al inicio a más de cien años de la creación del dispositivo manicomial en la Argentina este sigue vigente como modelo custodial de los pobres que padecen desórdenes psíquicos[24]. **El poder en el campo de la Salud Mental se encuentra en una alianza entre sectores del Estado, los grandes laboratorios, las instituciones de medicina privada, la burocracia sindical que manejan sus intereses en las obras sociales, el conjunto de las Asociaciones de Psiquiatras y las organizaciones médicas que se oponen a cualquier proyecto de transformación. Esto ha llevado a una psiquiatrización del campo de la Salud Mental donde el predominio de un neopositivismo médico pretende entender el padecimiento psíquico exclusivamente como un problema neuronal. Su resultado ha sido el avance de una contrarreforma psiquiátrica que lo único que le interesa es recetar psicofármacos. Aunque a veces se la disfrace de experiencia "progresista" porque a los pacientes se los medica en sus casas y los medicamentos los pague el Estado.** Sin embargo los empeños de diferentes profesionales que, en su mayoría trabajan *ad honorem* y en condiciones adversas, posibilitaron que se gene-

formado en un analizador de lo que venimos afirmando. Mientras la Ley es aprobada y reglamentada por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires nos encontramos con que el Estado no tiene interés político en aplicarla. Aun más, el Estado por acción u omisión, desde diferentes gobiernos han defendido los intereses privados en el campo de la Salud Mental. Las autoridades de Salud Mental en el gobierno de la Ciudad permanentemente generan trabas y obstáculos para impedir su plena aplicación apoyándose en asociaciones de médicos, burócratas sindicales y empresas de laboratorios.[26] Esta situación no se dio solamente durante la administración del gobierno de Macri ya que debemos recordar que todos los gobiernos "progresistas" anteriores nada pudieron hacer para modificar la Salud Mental debido a los obstáculos que se encontraron.

La Ley Nacional de Salud Mental

Desde la perspectiva de lo que venimos desarrollando al poder político, ligado al proceso de mundialización capitalista, no le interesa seguir sosteniendo las estructuras manicomiales debido a los grandes gastos que ocasiona. Por ello los organismos internacionales como la OMS y la OPS recomiendan la desinstitucionalización de la Salud Mental. Es en este contexto político que sanciona la Cámara de Diputados y de Senadores de la Nación La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 que es promulgada el 2 de diciembre de 2010 con fuerza de Ley para ser aplicada en todo el territorio nacional.

La Ley plantea en sus artículos algunas cuestiones cuya importancia implica una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes.

involuntarias quedan restringidas y sujetas a control por un órgano de revisión en el que participarán organismos de derechos humanos. Se propicia que las internaciones, siempre por lapsos breves, se efectúen en hospitales generales. También se modifica el sistema de inhabilitaciones: hasta ahora, una persona que, en el marco de una crisis, perdiera capacidad para administrar sus bienes, podía quedar privada para siempre de todos sus derechos. Además los profesionales y empleados en instituciones psiquiátricas serán "responsables de informar, al juez y al órgano de revisión, sobre cualquier trato indigno o inhumano".

2º) El equipo interdisciplinario. Con la sanción de la ley ya no es el psiquiatra el eje del tratamiento en Salud Mental sino que "Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes." En esta perspectiva se sostiene que "El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud." Por ello "La prescripción del medicamento sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados espaciales." Es así como reglamenta que "La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios."

3º) En relación a las estructuras manicomiales. Plantea que "Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos mani-

salud en tanto en la definición misma de salud mental intervienen otros factores que tienen que ver con las condiciones de vida.

4º) Por último, una reivindicación democrática sentida por el conjunto de los trabajadores de la Salud Mental tiene fuerza de ley al decir que: "Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental."

Una Ley cuyo límite es el deterioro de la Salud Pública

La sanción de la Ley ha llevado a diferentes posiciones.[27] Desde las asociaciones de psiquiatras (debemos aclarar que muchos psiquiatras en forma individual firmaron solicitadas de apoyo a la Ley) y diferentes organizaciones médicas como la Asociación de Médicos Municipales y las autoridades de la Facultad de Medicina de la UBA se oponen a su sanción con diferentes argumentos. El principal es que la Ley pone el centro del tratamiento en Salud Mental en el equipo interdisciplinario. De esta manera equipara al psiquiatra con otros profesionales de la Salud Mental. Es decir, la Ley cuestiona el poder del psiquiatra y su función de garantizar que el eje del tratamiento sea la medicación y que la internación sea un acto médico. Nos anuncian que si se aplica la Ley va a sobrevenir el caos.[28] Evidentemente, su objetivo es plantear una falsa disputa en relación a las prácticas profesionales para no debatir los contenidos éticos, científicos y políticos que debe sostener una Ley Nacional de Salud Mental. De allí que esta Ley pone en evidencia con qué terapéuticas se reemplazan los manicomios. Y estas terapéuticas son políticas. O, dicho de otra manera, plantear una política en el campo de la salud mental requiere dar cuenta de una

basado en propuestas alternativas como los Hospitales de Día, de Noche, Hostales, Casas de Medio Camino, Comunidades Terapéuticas, Trabajo Comunitario, etc.

Es cierto, existe una perspectiva que cree que esta Ley puede ser llevada adelante sin modificar las actuales condiciones políticas, económicas y sociales en que se sostiene la organización de la Salud en la Argentina. De esta manera no tiene en cuenta un poder político aliado con los intereses privados de la medicina y la burocracia sindical a través de sus negocios legales e ilegales en el campo de la Salud Mental.

Este poder político es el que ha llevado al deterioro actual de la salud pública y que -a no dudarlo- tratará de imponer el negocio de las instituciones privadas para pacientes que puedan pagar los tratamientos abandonando a los pacientes sin recursos. Esto no es ninguna novedad ya que es lo que se viene haciendo desde hace mucho tiempo. No sólo en los hospicios Borda y Moyano, en el *Open Door* de Lujan, en el Oliva de Córdoba y en otros manicomios del interior del país. Para ello no necesitan de esta Ley. En todo caso van a aprovechar algunos de sus artículos para seguir afianzando su poder o directamente la van a ignorar, como ocurre con a Ley 448 de CABA.

Sin embargo con la sanción de la Ley se ha generado una nueva contradicción desde la cual podemos ser consecuentes en la lucha por los derechos humanos de los pacientes, las reivindicaciones democráticas de los profesionales y la defensa de una política ética y científica en el campo de la Salud Mental. De esta manera podemos generar una política que afiance espacios políticos y terapéuticos que enfrenten al poder privado, aunque sabemos que sus triunfos serán parciales mientras no se sostenga la salud pública desde una política socializada de seguridad social.

Por todo lo que venimos desarrollando debemos tener en cuenta que para oponerse al poder privado es necesario que el Estado

y que los profesionales cobren un sueldo acorde con la práctica que realizan. Este es un derecho que todo ciudadano tiene asignado por la Constitución Nacional. Si esto no se realiza, se pueden arreglar los manicomios, cerrarlos para hacer tratamientos ambulatorios. Pero mientras el poder lo tengan los monopolios privados la hegemonía neopositivista llevará a remplazar el encierro por los chalecos químicos.

Llegado a este punto podemos entender los múltiples intereses que se ponen en juego para modificar el campo de la Salud Mental.

Si el documental de Ana Cutuli nos muestra la importancia de generar espacios antimanicomiales, en "Sicko" de Michael Moore podemos observar que la socialización de la Salud no implica solamente una formulación ideológica sino ser consecuentes con una ética para llevar adelante una perspectiva racional y científica en el campo de la Salud Mental.

Notas

1. Este texto es una versión revisada y ampliada del artículo "La Argentina del Bicentenario. El poder en el campo de la salud Mental", *revista Topía* Nº 58, abril de 2010

2. Cuando hablamos de psiquiatrización es para referirnos a una perspectiva que reduce la subjetividad a los componentes orgánicos de cuerpo. Para nosotros hablar de subjetividad implica un cuerpo que se encuentra con otros cuerpos en el interior de una determinada cultura. Definimos el cuerpo como el espacio que constituye la subjetividad del sujeto. En este sentido decimos que el cuerpo lo constituye un entramado de tres aparatos: el aparato psíquico, -con las leyes del proceso primario y secundario-; el aparato orgánico, con las leyes de la físico-química y la anátomo-fisiología y el aparato cultural, con las leyes económicas, políticas y sociales. Entre el aparato psíquico y el aparato orgánico hay una relación de contigüidad; en cambio entre estos

en la cultura como socialidad. De esta manera entendemos que toda producción de subjetividad es corporal en el interior de una determinada organización histórico-social. Es decir, toda subjetividad da cuenta de la historia de un sujeto en el interior de un sistema de relaciones de producción. Un desarrollo de esta perspectiva se encuentra en el texto, *Registros de lo negativo. El cuerpo como lugar del inconsciente, el paciente límite y los nuevos dispositivos psicoanalíticos*, Carpintero, Enrique, Topía editorial, Buenos Aires, 1999.

3. "Comunidades Terapéuticas en Argentina - Las Huellas de la Memoria (Otra Salud Mental fue posible)", dirección de Ana Cutuli. La misma fue realizada en base a algunos de los capítulos del libro, Carpintero, Enrique y Vainer, Alejandro, *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70 Tomo I.* La película fue declarada de "Interés Cultural de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" en setiembre de 2005.

4. Una de las promesas, antes de las elecciones, del presidente de EEUU Barak Obama fue modificar el sistema de salud debido a su tremenda inequidad. Sin embargo el proyecto de Ley que presentó en el Congreso fue modificado por la presiones de los grupos que se benefician del sistema privado de salud. Esto grupos son la industria del seguro, la farmacéutica, la burocracia estatal y política, los estudios de abogados que se benefician de la industria del juicio, las corporaciones médicas y los hospitales privados. Finalmente el texto de Ley aprobado reafirma el sistema privado en salud. De esta manera se transformó en una "victoria pírrica" para Obama ya que la obligación de tener seguros de salud para aquellos ciudadanos de pocos recursos económicos a través de subsidios del Estado representa un gran negocio para las aseguradoras. Las obligaciones a las compañías aseguradoras de abandonar prácticas discriminatorias, no rechazar la cobertura a aquellas personas que posean condiciones preexistentes se compensa por las grandes ganancias que obtienen. Como muestra de lo que venimos afirmando, luego de aprobada la Ley, las acciones de las compañías aseguradoras subieron rápidamente. Hoy sigue siendo un gran negocio apostar a las empresas privadas de salud de EEUU.

5. Carpintero, Enrique, "Modelos socioculturales del poder. La socialización de la Salud: una perspectiva ética, racional y científica para dar cuenta del padecimiento humano", revista digital La tecla Ñ, en www.lateclaene.blogs-

Enrique, "La medicalización de la vida cotidiana", *revista Topía*, Nº 49, agosto de 2007.

9. Carpintero, Enrique, *La alegría de lo necesario. Las pasiones y el poder en Spinoza y Freud*, segunda edición corregida y aumentada, editorial *Topía*, Buenos Aires, 2007.

10. Para entender como la salud se ha convertido en un artículo más de consumo y su evidente fracaso como derecho humano universal se puede leer Rodríguez, Marcelo, *Historia de la salud. Relatos sobre el cuerpo, la medicina y la enfermedad en la sociedad occidental*, editorial Capital Intelectual, Buenos Aires 2011.

11. Para un crítica más desarrollada del DSM IV ver en este libro Pundik, Juan, "El DSM: la biblia del totalitarismo. Los orígenes del DSM V" y Frances, Allen J. "Preparémonos. Lo peor esta por venir: el DSM V, una pandemia de trastornos mentales". También se puede leer Roudinesco, Élizabeth, *¿Por qué el psicoanálisis?*, editorial Paidós, Buenos Aires, 2000. Y *El paciente, el terapeuta y el Estado*, editorial Siglo Veintiuno Argentina, Buenos Aires, 2004.

12. Esta situación es una tendencia mundial. Para ver lo que ocurre en Francia se puede leer en este libro Coupechoux, Patrick, "La psiquiatría en Francia: negación de la locura y domesticación del sujeto". Del mismo autor "Francia estigmatiza a sus enfermos mentales: acerca del tratamiento por la seguridad social de la locura" *Le Monde Diplomatique*, diciembre de 2009.

13. Galende, Emiliano, *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*, Lugar editorial, Buenos Aires, 2008.

14. Carpintero, Enrique y Vainer, Alejandro, *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70 Tomo I (1957-1969), Tomo II (1970-1983)*, editorial Topía, Buenos Aires, 2004- 2005.

15. Foucault, Michel, *El poder psiquiátrico*, editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2005

16. El Plan Piloto de Salud Mental y Social (la Boca y Barracas) coordinado por Miguel Vayo comienza en 1985 y finaliza en 1989. El equipo de Crisis y Psicosis, que actúa dentro de dicho plan, coordinado por Enrique Carpintero continúa su trabajo como Cooperativa de Trabajo Servicio de Atención para la Salud (SAS) hasta 1995. Ambas experiencias demuestran que un grupo reducido de profesionales, trabajando desde la perspectiva de APS, puede

17. Fidalgo, Maitena María, *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*, Espacio editorial, Buenos Aires, 2008.
18 Zizek, Slavoj, "La crisis vivida como electroshock", *Revista Ñ*, 23 de enero de 2010.
19. Galende, Emiliano, *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*, editorial Paidós, Buenos Aires, 2008.
20. El modelo "universalista de seguridad social" implica el acceso universal a los servicios públicos. Se basa en la financiación estatal con recursos provenientes de la recaudación impositiva. El Estado adquiere un rol protagónico en dicho modelo como garante del derecho a la salud de toda la población. En la actualidad hay un modelo mixto "de seguro social" basado en los hospitales y centros de salud públicos con un deterioro creciente debido a la falta de presupuesto; los sindicatos que contratan los servicios a proveedores públicos y privados, constituyendo un gran negocio para la burocracia sindical; y los "seguros privados" que operan en la esfera individual según la lógica del mercado. En este modelo el Estado sólo interviene en torno a la regulación. El modelo "universalista de seguridad social" se aplica en países como Canadá, Inglaterra, Cuba. En Brasil se ha desarrollado un movimiento de salud colectiva que ha generado espacios donde funciona un sistema universalista. Ver Amarante, Paulo, *Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial*, editorial Topía, 2009.
21. Vainer, Alejandro, "La contrarreforma psiquiátrica", *revista Topía*, N° 47, agosto de 2006.
22. El tema de las obras sociales controladas por la burocracia sindical requiere ser extensamente desarrollado. Lo que podemos señalar es que a las fabulosas ganancias que obtienen a través de contratos "legales" tenemos que agregar los negocios "ilegales" donde operan como verdaderas organizaciones mafiosas. Al caso de la venta de efedrina a "carteles de la droga" le debemos sumar la detención del histórico burócrata sindical bancario Juan José Zanola junto a su esposa Paula Aballay acusados de "asociación ilícita" por comercializar medicamentos adulterados en el Policlínico Bancario. Los medicamentos, en su mayoría oncológicos, llevaron a la muerte a un número todavía no determinado de personas.
23. Basaglia, Franco, *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*, edi-

25. Esta lucha ha llevado a acosos y amenazas sufridas –entre otros- durante el año 2009 por la Dra. Alicia Martí, Jefa de Guardia a cargo, y por el Dr. Pablo Armando Berrettoni, Jefe de Dpto. De Agudos, Ambulatorios y Área Programática, del Hospital Braulio A. Moyano. Estas agresiones se suman al arbitrario desplazamiento de los Directores del Hospital Moyano, Dr. Jorge Cafferata y del Centro de Salud Mental Nº 3, Arturo Ameghino Dr. Rubén Slipak, y a la forzada designación, en su reemplazo, de la Dra. Celina Fabrykant.

26. Para una ampliación de esta tema ver: Barraco, Angel, "Salud Mental en Buenos Aires: la inmobiliaria de Macri", revista Topía, Nº 56, agosto de 2009. También "Un fundamentalismo avanza en Salud Mental", revista Topía, 22 de abril de 2007 y "Manicomios: la nacionalización del conflicto", revista Topía, 22 de agosto de 2007. Consultar en www.topia.com.ar

27. Antes de ser sancionada la Ley el conjunto de las Asociaciones de Psiquiatras publicaron un documento que denominaron "Por un plan Nacional de salud Mental". Entre otras consideraciones plantea que esta Ley "No va a ser un instrumento útil para una necesaria reforma en la Salud Mental porque es inaplicable. Contiene numerosas definiciones que están viciadas de una insanable imprecisión científica y jurídica. La terapéutica pertenece al arte de curar y no es materia legislativa, ni instrumento de castigo. Crea un 'pseudo equipo interdisciplinario' que borra las especificidades de cada profesión y sus respectivos derechos y obligaciones transformándose en un dispositivo de control y censura, potencialmente iatrogénico, negligente y peligroso para el paciente." El texto esta firmado por:

AMM – AMA - AAP – AGP – APBA (Asociación de Psiquiatras Biológicos de la Argentina) – APSA – COLEGIO DE MÉDICOS DISTRITO IV- COMFEMECO – COMRA – FACULTAD DE MEDICINA (UBA) – FEMECA.

28. Para un análisis de las diferentes posiciones que se expusieron en las reuniones de la Comisión de Salud y Deportes de la Cámara de Senadores antes de ser sancionada la Ley Nacional de Salud Mental se puede consultar la versión taquigráfica oficial y completa de los días: 24 de noviembre de 2009, 1 de diciembre de 2009, 19 de octubre de 2010 y 23 de noviembre de 2010. www.topia.com.ar

La psiquiatría en Francia: negación de la locura y domesticación del sujeto[1]

Patrick Coupechoux

El 20 de febrero del 2009, dos pacientes jóvenes, internados por orden judicial, salieron sin autorización del hospital psiquiátrico de *Saint-Avé*, en Bretagne, una región del oeste de Francia. El prefecto, representante del Estado, decretó un verdadero estado de sitio; desplegó fuerzas de la policía y de la gendarmería, perros amaestrados de una Asociación de empresas de guardias privados que entraron al Hospital, y al mismo tiempo recurrió a un helicóptero de la seguridad civil. Todo eso relatado por los medios de comunicación domesticados, hablando acerca de la persecución de los "peligrosos evadidos". Los expertos en seguridad del Ministerio de Salud, el director de la oficina del prefecto, un coronel de la gendarmería se entrevistaron con la dirección del hospital. En menos de 48 horas, las persianas fueron cerradas, los pasadores fueron sellados, y las vallas realzadas. El director pidió un presupuesto excepcional para colocar más barrotes, espacios para fumadores de máxima seguridad, barreras infrarrojas, brazaletes electrónicos y nueva vigilancia. Finalmente los dos "fugitivos" fueron encontrados y salieron poco después del hospital, ya que la medida judicial que ordenó la internación era -como casi siempre- temporaria.

¿A quiénes quisieron hacer creer que semejante despliegue

Sarkozy, dedicado a la enfermedad mental. Tal vez nunca antes, desde la ocupación alemana durante la segunda guerra mundial un presidente francés haya estigmatizado hasta tal punto la enfermedad mental. Para él las cosas son claras: los locos son peligrosos y el gobierno tiene una obligación de resultado en cuanto a la seguridad de la sociedad. Más allá de la demagogia de la declaración presidencial -el discurso tuvo lugar algunos días después de la muerte de un joven en Grenoble- se trata de un giro radical en la materia: una verdadera empresa de criminalización de la enfermedad mental y un regreso, que ya no se esconde, al encierro: la utilización de habitaciones de aislamiento en los hospitales es cada vez mas frecuente. Una criminalización orquestada desde el más alto nivel del Estado, lo cual no es anodino.

Pinel, Kant y Hegel

Para comprender la importancia de este giro político, hay que ir un poco hacia atrás. La cuestión de la exclusión de los locos y de su enfermedad remonta en Francia a la Edad Media y al Antiguo Régimen, es decir el período anterior a la Revolución francesa. El filósofo Michel Foucault, en su *Historia de la locura en el período clásico*, describe muy bien lo que fue la situación de los locos en ese período, encerrados en lo que se llamaba entonces "hospital general". Este fue creado en el siglo XVII, no era ni un hospital, ni una prisión, y se encerraba allí a los pobres, las prostitutas, los locos y los opositores al régimen real, sin ningún proceso, con la simple "*lettre de cachet*" firmada por el Rey. La situación de la locura pondrá en aprietos a los revolucionarios de 1789, que quieren terminar con el hospital general -considerado por ellos como un símbolo de absolutismo- pero sin saber muy bien qué hacer con los locos, que no pretenden liberar. Es sin embargo en este contexto revolu-

Pero la obra de Pinel constituye sobre todo un cambio radical en la percepción que se tiene de la locura. Para él subsiste siempre una parte de razón en el loco, incluso en el más alienado de los insensatos, es a esa razón que hay que dirigir la atención para curarlos a través de lo que él llamó "tratamiento moral".

De hecho, con Pinel la locura se transforma en una enfermedad, es necesario confiarla a los médicos y es finalmente la solución que se le brinda a los revolucionarios y sus sucesores para regular el problema sin traicionar sus principios de libertad. Para Michel Foucault, el surgimiento de lo que él denomina el "personaje médico" y la creación del asilo constituyen, entonces, una versión nueva de la domesticación de la insensatez por la razón. Y es cierto que el asilo constituirá un terrible lugar de enfermedad y de alienación. Pero Pinel no es solamente el padre del asilo, es también quien reubica la locura dentro de la dimensión humana: si queda algo de razón en cada loco, es porque el loco sigue siendo un ser humano. Hegel va a teorizar la perspectiva de Pinel. Para él la locura es "una simple perturbación, una simple contradicción en lo profundo de la razón, que todavía está presente". El hombre, según él, "tiene por así decir, el privilegio de la locura", entonces al hombre solamente, "le es dado pensarse en un estado de completa abstracción de sí". Para medir la importancia del paso que esto significa, hay que saber que este análisis está lejos de ser compartido por los pensadores de la época, incluso de los iluministas. Para Kant, por ejemplo, la locura es locura completa. Situada por fuera de la razón, concuerda con la imposibilidad de toda terapéutica, y el encierro es su único destino. "Como las fuerzas del sujeto", explica él, "a diferencia de lo que pasa en las enfermedades físicas, no participan en la curación, y que ésta no puede ser conseguida sino con el uso del entendimiento del sujeto, todos los métodos terapéuticos son ineficaces".

En fin, la idea de Pinel de un lugar destinado únicamente al tra-

quismo escindido entre razón e insensatez que prefigura la visión de Freud: "Podemos probablemente admitir", escribió "que todo aquello que sucede en tales estados consiste en un clivaje psíquico. En lugar de una única aptitud psíquica, tenemos dos: una, la normal, tiene en cuenta la realidad, mientras que la otra, bajo influencia de las pulsiones, aleja al yo (*moi*) de ésta última. Las dos coexisten, pero el resultado depende de su poder relativo". Freud resitúa de este modo la locura en lo más profundo del sujeto humano.

Pinel merece probablemente el lugar que ocupa en la historia de la psiquiatría francesa. Aunque sus herederos crearon con el asilo y su utilización la herramienta que permitió aislar a la locura una vez más. Rápidamente, en el curso del siglo XIX, se crearon enormes concentraciones asilares en las cuales se va a encerrar a la gente, a veces de por vida. Para imaginar en lo que devendrá el asilo en algunas décadas, hay que escuchar la psiquiatra Danièle Sabourin Sivadon, en 1975, a propósito de su experiencia en uno de los grandes asilos de la región parisina: "En *Maison Blanche* me ocupé del pabellón de los crónicos: unas sesenta mujeres, en la cama todo el día; la mitad de ellas, sujetas a sus camas con brazaletes. Todo lo que podíamos hacer era limpiar. Renuncié como residente, temía volverme loca. No se podía subir a los pisos, porque apestaban los seniles, despedían un olor increíble, todo olía a mierda. Cuando leí las historias clínicas, quedé espantada, eran mujeres que estaban allí desde hacía 30 ó 40 años, en las conclusiones anuales, se leía "estable, mismo tratamiento". Cuando el médico revisaba la historia clínica no veía al enfermo, redactaba las conclusiones desde su consultorio, y así todos los años.

Los relatos, siempre con el mismo lenguaje: "enfermo tranquilo, que duerme bien... o por el contrario: enfermo sucio, incontinente... No había nunca nada acerca de lo que los enfermos podían pensar, decir, era terrible. Y todo se terminaba un día con el certificado de defunción".

teorías acerca de la degeneración de la raza y la eugenesia. Los locos son de hecho acusados de ser una de las causas de esa degeneración. En 1932, un médico célebre, Alexis Carrel, premio Nobel de Medicina en 1912, publica un libro que va a volverse *best-seller*: *El hombre, ese desconocido*, en el cual escribe: "Los anormales impiden el desarrollo de los normales, [...] El condicionamiento de los criminales menos peligrosos por el látigo, o por cualquier otro medio más científico, seguido de una corta estadía en el hospital, bastaría, probablemente, para asegurar el orden. En cuanto a los otros, los que han matado, quienes han robado a mano armada, que secuestraron niños, que han robado a los pobres, que han traicionado la confianza de la sociedad, un establecimiento eutanásico, provisto de gas apropiado, permitiría eliminarlos de manera humana y económica. El mismo tratamiento, no podría ser aplicado a los locos que cometen actos criminales". En el prefacio de la edición alemana de su libro, Carrel no ahorra felicitaciones al canciller Hitler por su política respecto de los enfermos mentales. Se sabe que ésta consistió en exterminar, a partir de 1933, 70.000 de ellos. En Francia durante los cuatro años que duró la ocupación nazi, se dejará morir a 45.000 enfermos mentales de hambre dentro de los asilos.

Nacimiento de la psiquiatría

En este contexto va a surgir el movimiento desalienista[2] que dará nacimiento a lo que se llamó la "psiquiatría de sector" después de la liberación. El movimiento aparece en el corazón de la resistencia, en la ocupación alemana. Uno de los lugares destacados de esta revolución en psiquiatría se encuentra en una de las regiones menos pobladas del país, en el sur de Francia, en el pueblo de Saint–Alban. Este pueblo cuenta con un asilo, que fue diri-

siderado tal vez, como un 'taller de reparación' aquí, por el contrario, estamos obligados a considerar la totalidad de la persona".

En 1939, Balvet recluta a un personaje curioso, un psiquiatra y psicoanalista catalán. Se llama François Tosquelles que combatió en las filas de la República española. Antes del conflicto, fue psiquiatra en un instituto muy renombrado, Instituto *Pere Mata*, en Reus, cerca de Tarragona, dirigido por Mira i López, hombre de gran cultura, enamorado del psicoanálisis. En 1936, cuando estalla la guerra civil, Tosquelles se encuentra en Aragón. Luego es nombrado médico jefe de los servicios de salud de la armada republicana. Formó parte del estado mayor, donde se ocupó de los problemas de la higiene mental. Para reclutar su personal, evitó los psiquiatras que, según él, tienen una verdadera fobia a la locura. "La primera cosa que hice fue elegir por mí. La caridad bien entendida empieza por casa. Elegí abogados que temían la guerra pero que nunca habían tratado un loco, pintores, hombres de letras, putas. ¡En serio! Amenacé con cerrar las casas de citas (ya prohibidas, pero que funcionaban por todos lados), salvo que se encuentren tres o cuatro putas que conozcan bien a los hombres y que prefieran convertirse en enfermeras -a condición de no acostarse con los enfermos-. Yo les garanticé de no cerrar sus casas y si podía, enviarles soldados. Esas casas de prostitución devendrán anexos de los servicios de psiquiatría. Algunas de esas putas se convirtieron en enfermeras fabulosas. Es extraordinario, ¿no? Y como por su práctica con los hombres, ellas saben que todos son locos -incluso los hombres que van con las putas- su formación profesional es rápida. En un mes una prostituta, un abogado, o un cura se volvía extraordinario". Este es el hombre que Balvet recibió en Saint-Alban en 1939.

De hecho este hombre, más allá de su explosiva personalidad trajo con él una visión nueva de la enfermedad mental. En principio porque en España hay una tradición psiquiátrica muy fuerte

tarde, la historia se volverá, por la fuerza de las circunstancias, fuente de experiencias nuevas, dando a luz una nueva mirada acerca de la locura. Por ejemplo, Tosquelles explica que en Catalunya, en 1934 gracias a la Generalidad -gobierno autónomo- existió la posibilidad, con Mira y otros, de organizar con una libertad de acción total un servicio de salud. La base de esa organización fue la "comarca". La Comarca, explica Tosquelles, es una pequeña región, y hablamos de organización "comarcal de la psiquiatría". Una preconfiguración de lo que será luego el "sector".

Tosquelles aporta en su equipaje el libro de un psiquiatra alemán, Hermann Simon, titulado *Por una cura más a tiva en el hospital.* La idea central de Simon -muy influenciado por Bleuler y la escuela de Zurich lo mismo que por Freud- es la de una psicoterapia colectiva. Para él la aplicación a una vida colectiva activa y ordenada es la mejor forma de obtener la cura sintomática. Tres males amenazan según él la enfermedad en el hospital: "la inacción, el ambiente desfavorable del hospital y el prejuicio de irresponsabilidad respecto de los enfermos". Simon propone organizar la cura terapéutica en tres momentos: la libertad, que no debe ser confundida con "*laisser faire, laisser aller*", la responsabilización por la vía de una terapéutica activa y el trabajo sobre el "ambiente", vía el estudio de las resistencias que emanan del personal del hospital. Esta es una de las bases de la psicoterapia institucional que fue desarrollada por Tosquelles y por el psiquiatra Jean Oury en su clínica de La Borde en el centro de Francia (entre otros). En síntesis, para tratar la enfermedad, hay que tratar también la institución.

Si la psiquiatría nueva que nacerá después de la Liberación debe mucho a España, debe mucho también a las circunstancias históricas excepcionales de la Resistencia francesa. El asilo de Saint-Alban se encuentra lejos de París y de Vichy -la pequeña ciudad balnearia del centro de Francia donde se instaló el gobierno colaboracionista, aislado, si se puede decir, del resto del mundo, en

general". La locura se encuentra de pronto casi relativizada... Luego, con el paso del tiempo, el asilo se convertirá en una sede de la resistencia, muy activa en la región. Se enrolaron los médicos residentes. El psiquiatra Lucien Bonnafé, nombrado médico jefe en 1943, fue quien mantuvo el vínculo con los intelectuales de la resistencia nacional. Muchísimos resistentes hicieron base en Saint Alban, entre ellos los poetas surrealistas Tristan Tzara y Paul Eluard. *Saint-Alban* es el reencuentro en plena guerra, del marxismo -Bonnafé, Eluard son miembros del partido comunista, Tosquelles fue militante del POUM durante la guerra de España- del psicoanálisis y del surrealismo.

Por otra parte, como lo remarcó Tosquelles, "los pacientes mismos están confrontados a la realidad de la guerra y sabían que en el tercer piso se escondían los resistentes". La cuestión de la supervivencia juega un rol terapéutico. *Saint-Alban* es uno de los pocos asilos que no sufrió entonces de hambruna. Los médicos, las enfermeras, los empleados administrativos, mantenían la lucha contra el hambre, y por entonces, ellos salían del hospital, iban a lo de los paisanos para buscar comida a cambio de algunos trabajos. ¡Y los enfermos también!". Los pacientes se confrontaron al exterior, no para ir a la guerra sino al mercado negro, prosigue Tosquelles, organizamos exposiciones de hongos para enseñarles a recogerlos..."

Finalmente el hospital se abre al exterior, a la vida, "que un lugar sea abierto o cerrado, dice Tosquelles, no depende únicamente de las paredes". Pero esta apertura no se debe solamente a las circunstancias. En *Saint-Alban* se da en forma permanente una reflexión teórica intensa. "Nuestras reuniones (médicos y otros) eran casi permanentes, cuenta Tosquelles, había que esperar por ejemplo, las armas en paracaidas o un visitante clandestino, entonces hablábamos de psiquiatría. Esos encuentros diurnos o nocturnos le llamábamos con Bonnafé 'la sociedad del *Cérvidan*'. Para

conduce a un trabajo concreto acerca de la institución. Se crearon, por ejemplo, por primera vez los "Clubes terapéuticos" con la idea de que los enfermos organicen ellos mismos su vida. Verdaderas "instituciones" muy queridas por Tosquelles, creadas dentro del hospital, que vinieron a sustituir la organización tradicional. Por primera vez los enfermos tienen la palabra. En el club, los encuentros se producen por fuera de toda relación jerárquica, de un modo "democrático", entre los profesionales y los pacientes, alrededor de situaciones concretas, ligadas a la organización de la vida en el hospital. El club es a la vez un lugar de observación de los pacientes en situación real, y un lugar de formación de los equipos, una nueva apertura al exterior. Es lo que destaca el psiquiatra Jean Oury a propósito del club: "Gracias al cuestionamiento del estilo de vida al interior del hospital, los clubes se abren al mundo circundante. Paradojalmente, se vuelven verdaderos centros culturales, refundando la vida colectiva sobre una tradición auténtica; el fenómeno de la locura reencuentra su dignidad por su forma de cuestionamiento continuo a nuestras reglas de vida". El club no puede existir si los enfermos no tienen una "libertad de circulación" como la de ir de un lugar a otro, ya que como dice Tosquelles, "desde el comienzo hay que separarse de un lugar para ir más lejos", éste es un "sistema autogestivo"...Una de sus actividades principales fue la comisión de redacción del diario, que se llamó 'Línea de unión'. "En *Saint–Alban*, explica Tosquelles, no hubo un solo enfermo agitado en 1950 [...] a pesar de que no existían medicamentos contra la agitación. [...] Desgraciadamente entre 1950 y 1960, se descubrieron lo que se llama tranquilizantes, o algo así. A partir de ese momento los psiquiatras dijeron: '¡Que suerte! no necesitamos preocuparnos más de la relación, del narcisismo, del erotismo' [...]. ¡Es suficiente con dar la píldora!".

Esta reflexión -y esta acción- sobre el funcionamiento mismo de

cárcel para volverse actores de su práctica... Lucien Bonnafé habla de "La mutación del yo hacia el nosotros del equipo terapéutico". Más adelante dirá en una de sus fórmulas preferidas: "nos hemos permitido ser los asesinos del yo".

Esta acción, llevada a cabo dentro del hospital, no excluye la que se realiza fuera del hospital. Las dos están íntimamente ligadas. "El trabajo de desalienación del sistema hospitalario va de adentro hacia afuera del hospital, cuenta Lucien Bonnafé, desarrollar las consultas, desarrollar las relaciones médico pedagógicas, una especie de trabajo migrante que se ha llamado la *geo-psiquiatría*". Los lazos con la población local se han demostrado muy fecundos: "se trata, dijo Bonnafé, de utilizar el potencial terapéutico del pueblo". Se va a buscar a los enfermos a sus casas. "Vamos en equipo y aprovechamos para hacer la post-cura ambulatoria, paramos en la granja donde había un enfermo que salió hace un mes ó dos para comer algo juntos y conversar. Hubo todo un trabajo de contacto con el enfermo en su propia casa". Por otra parte, Tosquelles cuenta cuanto ha favorecido esta relación excepcional con la población de *Saint-Alban*, el espíritu del sector. "Es evidente que los sucesos de la guerra han favorecido mucho el enraizamiento de esta idea en *Saint-Alban*: el trabajo con los campesinos, con los policías... Hubo muchos policías que participaron en la resistencia, que complotaron juntos; ni hablar de los profesores, incluso de algunos sacerdotes, escribanos... Se trabajó también con los médicos de los pueblos, los cines y los cine-clubs, las familias, se hicieron visitas a domicilio. Por ejemplo yo hice cursos para los policías. Hubo un jefe de policía que descubrió que el artículo primero del reglamento decía que es un cuerpo creado para evitar la vagancia de los locos, siguiendo la tradición de los 'arqueros de los pordioseros'. Estuvo muy conmovido por el tema y me hizo ir para tratar de evitar la actitud sistemática de represión... entonces yo me entrevistaba con los policías...". Aquí encontramos nuevamente

de trigo. [...] El problema es saber cómo integrar la locura en la ciudad; es evidente que la locura constituye automáticamente, un fenómeno de exclusión, no solamente de represión social, pero casi diría, parafraseando a Freud, de represión primaria".

Para encarar esto hay que, en principio, considerar la locura como formando parte de la naturaleza humana, y no solamente circunscripta al lugar donde queremos encerrarla. "Si el médico *deja el hospital para dejar la locura*, se engaña...". "No queremos decir, prosigue, que todos los hombres son locos de atar ó de internar, pero sí que la locura es constitutiva del hombre ». Los locos que llamamos enfermos son personas que, por motivos muy diversos, no « tienen éxito » en su propia locura. Sin este análisis previo de la locura, la política del sector o, para utilizar el bla bla anglosajón, la psiquiatría comunitaria, encara el problema como una simple mecánica del adentro y del afuera; esto me parece muy poco operatorio, y hasta peligroso; para mí es cómico que se pueda hablar de psicoterapia institucional como una voluntad de conservar a los locos encerrados". Frase premonitoria cuando algunos confunden hospital e institución con confinamiento, y salida del hospital con abandono... Se intenta oponer así sector y psicoterapia institucional, el primero entendido como hacia "el exterior", y la segunda hacia "el interior".

Esta concepción de la psiquiatría se va a imponer -difícilmente- en los años que siguen a la liberación de Francia en 1945. Llevará a la creación de la psiquiatría de "sector", fundada sobre ciertos principios: el cuestionamiento del rol del psiquiatra -"el desalienista, dijo Lucien Bonnafé, es quien habiendo superado la posición del alienista, se presenta en la plaza pública diciendo: ¿En que puedo servirle?"-. La afirmación del rol central del equipo -cada uno tiene un rol de terapéutico a asumir-, la continuidad del tratamiento -dentro y fuera del hospital, durante toda la vida-, los vín-

Negación de la locura

Para retomar nuestra idea del comienzo, el discurso del Presidente de la república consagrado a la enfermedad mental constituye una aceleración violenta, pero lógica, de una política de desmantelamiento progresivo de la psiquiatría de sector, que ha conducido al abandono de cada vez más pacientes, en la cárcel, en la calle, en los hospitales, donde el tratamiento se resume a menudo a la medicación, en el seno de la propia familia que ya no sabe que hacer. Pero más profundamente, se asistió a una verdadera negación de la locura, que no existe más en el discurso público -mediático, político, intelectual-. En el fondo, esa negación se nutre de la dominación desmesurada de la psiquiatría biológica que considera la locura como una enfermedad del cerebro o como un problema de origen genético. Esta concepción cientificista conviene a los laboratorios farmacéuticos -ya que los medicamentos constituyen, por lejos, lo esencial del "tratamiento"- y a los mercaderes de las terapias "rápidas y eficaces". Pero por sobre todo, se trata de "objetivar" al paciente que no es más un sujeto, sino un cerebro a escanear, o un mapa genético que hay que descifrar. Esto permite volver a poner la solución en brazos de la "ciencia" y desentenderse del tratamiento concreto: ¿por qué gastar dinero en gente cuyos problemas, un día u otro será resueltos por la investigación? Quedarán pendientes, que la acción social se ocupe.

Actualmente en Francia, la locura no es una posibilidad, una manera de ser de lo humano, sino una discapacidad, un déficit, que se puede medir en relación a una normalidad social, la del mercado. De hecho, se va a constituir una escala en la que se podrá evaluar la capacidad del discapacitado a reinsertarse -es decir ser útil al sistema-. Para ser más claros, basta con referirse a la definición de discapacidad para la OMS, que distingue tres modalidades: la deficiencia designa las alteraciones referidas al

llos que tienen el coraje y la posibilidad individual de salir, más abajo aquellos que no pueden hacerlo y quedan librados al abandono y la exclusión. En cuanto a la psiquiatría -muy ligada históricamente a la locura- debe ceder el lugar a un nuevo "paradigma": la "salud mental". Este concepto ha sido recuperado por el sistema -el del capitalismo neoliberal, hay que decirlo claramente- para hacer frente a una problemática nueva, tal es la del sufrimiento psíquico de masa. Para convencernos de esto, es suficiente pensar un poquito en lo que pasa hoy en las empresas en las que las exigencias de rentabilidad, de competencia, de sometimiento a las leyes de las finanzas dejan a hombres y mujeres aislados y obligados a competir. Estas personas terminan en los consultorios de los terapeutas en el mejor de los casos, o a veces se suicidan. Según la Comisión Internacional del Trabajo, los problemas ligados al malestar en el trabajo, representan, actualmente, el 3% del PBI de los países industrializados. Frente a este fenómeno preocupante -cuesta caro y a la larga se aprovecha la maquinaria- el sistema tiene una actitud ambigua. Debe por supuesto hacer frente, a fin de que el comportamiento social no sea puesto en cuestión, pero al mismo tiempo esa situación le sirve al sistema: una persona medicada con antidepresivos ahogada en sus problemas, no se interroga espontáneamente sobre las causas de su malestar. Por el contrario, tiene tendencia a personalizarlos, a interiorizarlos. Los profesionales que reciben a los pacientes en consultas de sufrimiento del trabajo están todos de acuerdo sobre este punto: en principio se trata de desculpabilizarlos. Hacer frente y evitar la toma de conciencia, es el dilema en el cual el sistema se encuentra y su respuesta, por una parte espontánea, por otro lado muy pensada, consiste en la medicalización e individualización de los problemas sociales.

Por otro lado, si se sufre en el trabajo, es porque se está comprometido, eso está bien, entonces pondremos en marcha psicólogos y

una enfermedad, en la tradición higienista, no hay más que un paso. De ahí a pensar que los genes son responsables de todo -y la visión cientificista dominante ayuda- no hay igualmente más que un paso que dio ligeramente el Presidente Nicolás Sarkozy. Durante un diálogo con un filósofo, publicado por una revista, declaró: "Me inclinaré a pensar, por mi parte, que se nace pedófilo, y es realmente un problema que no sepamos curar esa patología".

Un nuevo modo de gestión de los individuos

Las salas de espera de los psiquiatras, de los psicólogos y médicos generalistas -primeros prescriptores de psicotrópicos-, están desbordadas de gente que no puede más y tienen como último recurso la medicina y la psiquiatría. En realidad, esta medicalización no es solamente un mal menor, respuesta inmediata a un riesgo inminente. Constituye todo un sistema montado alrededor de una concepción de la medicina fundada sobre la prevención -la máquina económica y social debe funcionar a pleno, habría que prevenir antes que curar- y sobre la persona que debe ser actor responsable de su salud y de sus actos. Y los "expertos" -muy lejos del "coloquio singular" entre el médico y su paciente- están ahí para ayudarlo: no tiene que fumar, no tiene que beber, deberá hacer deporte, y comer cinco frutas y verduras por día y si es obeso, no es porque sea pobre y se alimente con comida chatarra, sino porque no sabe "manejar" el sobrepeso y por lo tanto, su vida. Se sabe que en cada versión del famoso DSM, el manual mundial de la psiquiatría, elaborado por la asociación de psiquiatras americanos, decenas de "patologías nuevas" han hecho aparición. En otras palabras, para las necesidades de la industria farmacéutica y las compañías de seguro, el DSM contribuye a hacer que un número creciente de hechos de la vida se transformen en patologías que

tal" en términos "positivos", nos empantanamos, porque es casi imposible de definir con precisión lo que es el famoso concepto que es una bolsa de gatos ideológica. Pero si se considera que la "salud mental" es ante todo un modo de gestión de los individuos en un contexto de crisis profunda del sistema -en particular en lo referente a la dimensión humana- se comprende mejor porque la dicha "salud mental" ha tomado tanta importancia en el curso de estos últimos años. La salud mental no es la búsqueda del famoso "bienestar" del cual tanto se nos habla. Es a la vez la respuesta al "malestar" generalizado del cual se empieza apenas a hablar, y la respuesta a la exigencia cada vez más tiránica de la *performance* y de la competitividad (como dice un sociólogo, Alain Ehrenberg, vivimos en una "sociedad del *doping*"). Podemos preguntarnos: ¿por qué la salud mental deja de lado a los locos? Un primer paso para la respuesta viene dada por un profesional poderoso de la psiquiatría oficial francesa, Philippe Cléry-Melin. En un informe escrito en 2003 al Ministerio de la Salud, indicó que el Estado no puede -por razones económicas- ocuparse a la vez del psicótico y de la madre de familia deprimida y que se debe priorizar esta última. Es cierto que el sufrimiento psíquico de masa constituye un problema mucho más acuciante políticamente que el destino de algunos centenares de miles de psicóticos.

En realidad la psiquiatría es cara porque reposa en la presencia humana de los equipos. Lo que es insoportable al sistema que considera a los enfermos mentales como inútiles definitivos, es decir, que no podrían nunca ser recuperados por la máquina económica. Dicho de otro modo, la psiquiatría -cuando se ocupa de la locura- no constituye, a sus ojos, una inversión. Se han suprimido miles de camas, pero no se han organizado los medios suficientes para generar estructuras descentralizadas. Se cuestiona la psiquiatría de sector y se quiere instalar en su lugar un sistema en dos tiempos, el hospital para [illegible]

y cuestionando la psiquiatría centrada en el sujeto. La elección de los poderes sucesivos es entonces gerencial y financiera. Esto es, desde ya, la apertura de una vía rápida para una concepción de la "psiquiatría como negocio", de la cual el señor Cléry-Melin es uno de los felices sostenedores. Cléry-Melin es propietario de seis clínicas reservadas a esos franceses que "pueden pagar por su salud", como él dice, o sea los más ricos. Existen entonces lo que el psiquiatra Pierre Bailly-Salin -una de las figuras del desalienismo- llama "dos psiquiatrías: una para los nobles, y la otra para los innobles".

La locura como laboratorio

Pero si se hace un análisis más profundo, nos damos cuenta de que la locura debe desaparecer porque no conviene. Siempre molestó, o al menos, siempre se la vio de ese modo. Como siempre, el tratamiento que se le reserva constituye un síntoma de lo más profundo y oculto del funcionamiento social. Pero, ¿a qué asistimos actualmente? A la puesta en marcha de una dictadura suave -pero cuán eficaz- del mercado actual. El mercado que demanda a los individuos no transformar el mundo en el que habita sino "adaptarse" permanentemente. De este modo el sistema está constituyendo un modelo de individuo, un "hombre económico" adaptable infinitamente, autoconstruido, autónomo, competitivo, móvil, flexible, consumidor y productor, único contador de sus éxitos y fracasos (fracasos a partir de los cuales se lo puede excluir). Un individuo capaz de "gestionar su vida" como una empresa o un capital, limitado a relaciones mercantiles y contractuales con otros que no existen sino para satisfacer sus propios deseos y su goce. Un individuo que no será un sujeto, sino un "recurso humano". De allí la deshumanización preocupante a la cual se asiste en las empresas y la sociedad toda.

sufriente, actor de su tratamiento, también debe "reinsertarse" lo más rápido posible... (y se cuenta para ello con los medicamentos y las terapias comportamentales). Pero la mayor parte del tiempo, esto no funciona, entonces se lo abandona, se lo niega, se lo criminaliza, se le niega la condición humana, *se lo fuerza a no ser loco*. Se vuelve un problema que hay que resolver, neutralizar. Se lo encierra nuevamente. En el fondo hay mucho en juego: la locura muestra permanentemente, a aquellos que todavía quieren interesarse en ella, que un individuo es más que un recurso humano evaluado, reducido a cifras, curvas e "indicadores". Que hay en él una irreductible parte de misterio, de íntimo, de inesperado (no es casualidad que durante la ocupación, en el asilo de *Saint-Alban*, los surrealistas contribuyeron a la creación de la nueva psiquiatría) que escapa a la espantosa "transparencia" neoliberal. Es por esto que hay que hacerla desaparecer. Pero detrás del loco está lo humano. En otros términos la locura constituye una especie de *laboratorio: si se busca reducirla*, es porque se quiere reducir el sujeto, domesticarlo, hacerlo desaparecer. "Sin el reconocimiento del valor humano de la locura, dijo François Tosquelles, es el hombre mismo que desaparece".

Traducción del francés: María Cristina López Lizundia
Revisión técnica: Luciana Volco

El DSM: La biblia del totalitarismo
Los orígenes del DSM-IV[1]

Juan Pundik

La medicalización de la infancia es un proceso contemporáneo. Actualmente en España, donde no se elaboran muchas estadísticas ni muy fiables, se calcula que un 20 % de la población infantil podría estar siendo medicada con *metilfenidato*, antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos y otras drogas similares como consecuencia de diagnósticos fundamentados en el DSM-IV. Sin contar con que la OMS, paradójicamente, advierte permanentemente a las autoridades sanitarias españolas acerca del exceso de consumo de antibióticos y antihistamínicos. Millones de niños "hiperactivos" de generaciones anteriores, sanos, pero que dábamos más trabajo a los adultos por nuestra curiosidad, nuestro interés y la intensidad de nuestra actividad, nos hemos salvado de ser diagnosticados y drogados porque el DSM no apareció, afortunadamente hasta 1952.

Según denuncia el *British Medical Journal*, todos los procesos normales de la vida, nacimiento, envejecimiento, sexualidad, tristeza, infelicidad y muerte, están siendo sometidos a permanente medicación.

Este fenómeno ha sido designado como *disease mongering*, es decir "promoción de enfermedades". El cansancio, el mal humor, la desgana, la falta de concentración, la timidez, la inapetencia sexual, la impaciencia, las dificultades para relacionarse con la

pasado de 3.000 niños tratados con *metilfenidato* en 1993 a 220.000 en 2002. En España el consumo de antidepresivos a cargo de la Seguridad Social ha pasado de 7.285.182 envases en 1994 a 21.238.858 envases en 2003. En 2005 los medicamentos más consumidos han sido psicofármacos. En 1990 había menos de un millón de diagnósticos de hiperactividad entre los niños de los Estados Unidos. Actualmente hay más de cinco millones Entre 1991 y 2003, el número de prescripciones de anfetaminas a los niños aumentó un 500 %. Entre 1995-96 y 2001-2002, la prescripción de antipsicóticos a los niños se ha multiplicado por cinco, alcanzando 5,7 millones de prescripciones, el 53 % de ellas fueron recetadas para problemas de comportamiento o problemas afectivos.

El prospecto del *metilfenidato (Rubifén o Ritalina)* indica como posibles efectos secundarios: sequedad de boca, vértigo, dolor de cabeza, insomnio, náuseas, nerviosismo, palpitaciones, reacciones cutáneas y alteraciones de la presión arterial. Según algunos estudios, puede llegar a producir la muerte súbita del niño. Un dechado de virtudes. El mismo prospecto indica que no debe administrarse a niños menores de 6 años y advierte a su vez de que su uso puede generar dependencia de tipo *anfetamínico*. El *metilfenidato*, inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina, *noradrenalina* y serotonina, está considerado como una de las drogas más adictivas. La página web de la Agencia Antidroga Norteamericana (DEA) indica que las reacciones a la cocaína y las de las *anfetamina* o *metilfenidato*, cuando se administran de la misma manera a dosis comparables, producen efectos casi idénticos. Los científicos críticos con los enfoques del TDAH lo denominan cocaína pediátrica.

En un artículo titulado "Cometiendo un asesinato" Fred Baughman informó que la Universidad del William B. Carey de Pennsylvania demostró que lo que se describe como TDAH es un juego de variaciones conductuales normales sin validez diagnósti-

de que se hubiera cometido en el cuidado de la salud de la infancia, en la historia americana, al ser diagnosticada como si fuera una enfermedad real y estar conduciendo a la drogadicción a millones de niños normales.

El TDAH es un enorme negocio para las farmacéuticas. El valor bruto de la producción anual de *metilfedinato* en 2005 se ha multiplicado al menos diecisiete veces comparado con el correspondiente a 1990, pasando en ese período de menos de 2 toneladas anuales a más de 30. El *National Center on Addiction and Substance Abuse*, de los Estados Unidos, emitió un informe según el cual 15 millones de norteamericanos estaban tomando medicamentos analgésicos y drogas psiquiátricas tales como *Xana-x*, *Ritalin* y *Adderall* abusando de estas drogas más que de la cocaína, la heroína y las *metanfetaminas* combinadas, y que 2,3 millones de adolescentes hacían lo mismo. El informe concluyó que el abuso en la adolescencia de estas drogas médicamente prescriptas producía 12 veces más probabilidades de consumir heroína, 14 veces más de consumir éxtasis y 21 veces más de consumir cocaína.

Peter R. Breggin, médico psiquiatra de Harvard y Director del Centro Internacional para el Estudio de Psiquiatría y Psicología (ICSPP) ha denunciado que: 'Millones de niños en Norteamérica son diagnosticados con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad y tratados con psicoestimulantes como el *metilfenidato*, la *dextroanfetamina* y la *metanfetamina*, que producen una continua toxicidad en el sistema nervioso central que empieza con un aumento de energía, hiperatención y sobrefocalización en las actividades de la repetición y progresa hacia actividades obsesivo-compulsivas o perseverativas, insomnio, agitación, hipomanías, manías y ataques. También producen apatía, retiro social, depresión emocional, docilidad, abandono físico, rechazo, dependencia, inhiben el crecimiento y producen diversos trastornos cerebrales, algunos de los cuales pueden volverse irreversibles. Breggin ha declarado

Atención e Hiperactividad, y de las muchas familias que quedaron atrás sufriendo sin encontrar responsables y cuya consulta recomiendo.

El corrupto negocio del TDAH y la depresión

La FDA ha informado que en 2005 los médicos extendieron 31 millones de recetas de *Ritalin (Rubifen)* a 2,5 millones de niños y 1,5 millones de adultos, provocando la muerte de 25 personas. Hay colegios que exigen a los padres que soliciten el medicamento bajo amenaza de echar a los niños. La Cámara de Representantes ha aprobado un proyecto de ley para prohibir este inmoral procedimiento, proyecto que se está actualmente tramitando en el Senado. En la información que ofrecen los laboratorios fabricantes de *fluoxetina (Prozac),* se advierte acerca de las posibles reacciones adversas que su ingestión puede producir y que son las siguientes: ansiedad, nerviosismo, insomnio, somnolencia, astenia, temblor, sudoración, anorexia, náuseas, diarrea, mareo, cefalea, sequedad de boca, dispepsia, vómitos, síncope, arritmia cardíaca, anomalías en las pruebas de función hepática, hipo e hipertiroidismo, aumento del tiempo de hemorragia, síndrome cerebral agudo, convulsiones, prurito, urticaria, reacción *anafilactoide,* vasculitis, síndrome neuroléptico maligno, fotosensibilidad, secreción inadecuada de hormona antidiurética, equimosis, reacciones maniacas, alteraciones del sueño, de la concentración o del pensamiento, problemas miccionales, priapismo, disfunción sexual, alopecia, visión borrosa y midriasis. Con posterioridad a su autorización la FDA ha advertido acerca de la posibilidad de que la *fluoxetina* pueda aumentar conductas suicidas en niños y adolescentes.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) fijó su posición el 29 de junio de 2004 en una nota infor-

necesario recordar que los ISRS no deben ser utilizados en este grupo de población". Esta indicación que ya no era respetada por una gran mayoría de médicos que siempre habían prescrito ISRS a niños y adolescentes, queda ahora derogada por el nuevo dictamen de la EMEA, aceptado por la Comisión Europea, que será ejecutado sin rechistar por las agencias nacionales.

Todo ello sin que haya habido ninguna nueva investigación cuyos resultados pudieran haber hecho cambiar la decisión del 2004. Muy por el contrario las autoridades sanitarias británicas han insistido en prohibir la prescripción de ISRS a menores de 18 años. Los estados depresivos pretenden ser reducidos a desórdenes químicos, criterio del cual el medicamento es inseparable. El medicamento puede o no suprimir el síntoma depresivo. Cuando lo consigue es probable que condene al sujeto a vivir toda su vida drogado, sometido a su poder adictivo y a sus minusvalidantes efectos secundarios. Lo que no conseguirá es que el sujeto descubra la causa y cumpla el proceso depresivo que el duelo exige, para permitirle desprenderse afectivamente de los objetos perdidos y quedar así con capacidad para poder libidinizar nuevos objetos.

A pesar de la carencia de datos sobre su seguridad y eficacia, cada año se prescriben en Estados Unidos más de 500.000 recetas de estos inhibidores de la serotonina a niños y adolescentes. El 57% de los pediatras encuestados reconoció haber recetado este tipo de fármaco para diagnósticos distintos a la depresión tales como el desorden de hiperactividad con déficit de atención, desorden obsesivo compulsivo, desorden de conducta, agresividad y enuresis.

Los medicamentos más vendidos actualmente en USA incluyen antipsicóticos como la *risperidona*, la *quetiapina*, la *olanzapina*, el *aripiprazol* y la *ziprasidona*, y actualmente son prescriptas a más de medio millón de niños, con la justificación de ayudar a sus padres

minución de la presencia activa de *dopamina*, de *noradrenalina* o de *serotonina*, reguladora de una extensa gama de funciones psíquicas y orgánicas que influye en el sueño, en los estados de ánimo, las emociones, los estados depresivos, todo tipo de desequilibrios mentales, el funcionamiento vascular, el de las vísceras y los músculos, la frecuencia del latido cardíaco y regula la secreción de hormonas como los estrógenos, testosterona y la del crecimiento. Se ignora qué consecuencias puede acarrear en el crecimiento y en las manifestaciones del desarrollo sexual su ingestión durante la pubertad. La Comisión Europea reconoce que hasta un 90% de todos los fármacos autorizados nunca ha sido evaluado para su consumo infantil, lo cual corrobora la realidad de que los niños no participan en los ensayos previos a la comercialización. Sin embargo, una vez en el mercado, éstos se administran en la infancia sin prever las mayores y riesgosas reacciones adversas que puedan llegar a provocar en sujetos tan diferentes a los adultos.

La propuesta que hacemos los psicoanalistas es escuchar al sujeto, descifrar las causas de la ansiedad, angustia, depresión o estrés y dirigirlo a su elaboración y resolución. Intentar resolverlo recetando ISRS es como intentar eliminar el miedo con un inhibidor de adrenalina. El TDAH no es una entidad nosológica, es una descripción de conductas. No existe prueba de que los niveles de *serotonina, dopamina o noradrenalina* tengan relación con esas conductas ni tampoco que el *metilfenidato* las mejore. En lugar de lo que para el psicoanálisis es el sujeto, con su particular relación con el deseo, el goce y sus objetos, el DSM establece una clínica de los trastornos y la pone en manos de profesionales a los que se les concede autorización para decidir cuáles de nuestras ideas o conductas deben ser rotuladas, diagnosticadas, tratadas, medicadas e incluso drogadas. El sistema democrático tan trabajosamente conquistado corre el riesgo de estar dando paso, muy veladamente, a un nuevo tipo de estado totalitario que pretende clasificarnos en

El gran hermano nos vigila ¿Quién controla al gran hermano?

En abril de 2002, el gobierno norteamericano nombró una comisión de expertos, la *New Freedom Comisión on Mental Health* (NFC) con la misión de investigar la situación de la salud mental en el país. Su diagnóstico fue sin ambages: "del 5 al 9 % de los niños sufren un problema emocional agudo" – lo que representaría mas de 4.000.000 de niños de menos de 14 años. El informe recomendaba un examen médico preventivo sistemático en los colegios y fue puesto en marcha por el plan de salud mental de julio de 2004. Un programa, basado sobre el modelo creado por la universidad de Columbia y bautizado *Teen screen,* rastrea en los alumnos señales de alerta de seis enfermedades mentales (fobia social, ataques de pánico, estado de ansiedad generalizado, depresión mayor, abuso de alcohol y de drogas, impulsos suicidas). A finales de 2005 se contaban 460 aplicaciones de test en 42 estados. Los lazos entre los promotores del programa y los laboratorios farmacéuticos eran muy estrechos. Muchos piensan que esos chequeos preventivos son operaciones esponsorizadas por los laboratorios farmacéuticos con vistas a construir el mercado de psicotropos en la infancia. El test *Teen screen,* destinado a los niños a partir de los nueve años, se presenta bajo la forma de un cuestionario con catorce preguntas que deben ser respondidas en diez minutos y seguido de una entrevista. Entre las preguntas planteadas encontramos: "Durante los últimos tres meses, ¿te has sentido a menudo muy nervioso (a) cuando debías hacer algo delante de otras personas?" ó "¿Has sentido que no podías hacer nada correctamente o que eras menos guapo (a) o inteligente que los demás?" o incluso "¿Con qué frecuencia tus padres se han sentido molestos o preocupados a causa de lo que sentías o del modo en que te comportabas?". Al principio *Teen screen* era aplicado sin la autorización pater-

La fiscalizadora FDA está siendo fiscalizada por varias comisiones del Senado que investigan su eficacia. El escándalo provocado por los efectos secundarios graves de medicamentos a los que ha tenido que cancelar la autorización concedida, prohibir su comercialización y exigir su retirada del mercado, como han sido los casos del *Vioxx* (*Merck, Sharp & Dome*), del *Cholstat* (*Bayer*), del *Redux* y del *Ponderal* (*Servier*), confirma la denuncia del doctor Graham, hace sospechosa la "irresponsabilidad" de su superior, el doctor Galson, pero ratifica además la afirmación inicial del primero, de que la FDA es incapaz de proteger a los Estados Unidos de la desidia y voracidad de la industria farmacéutica. ¿Serán capaces las administraciones sanitarias de nuestros países de protegernos de esa desidia y esa voracidad? ¿Será capaz la Agencia Española del Medicamento de protegernos de esos riesgos? Seguramente no.

Ya en el siglo pasado, un médico ilustre, Michel Balint, escribía que "el principal medicamento que un médico receta es a sí mismo". Son minoría los médicos que continúan otorgándole valor a esa aseveración. Por la misma época Aldous Huxley, con una visión de futuro quizás más realista, anticipando la deshumanizada sociedad que ya se perfilaba, escribía que "la medicina había avanzado tanto que ya nadie sería considerado sano". Confirmando este lamentable pronóstico, a principios del siglo XX un médico francés llamado Knock pregonaba que "toda persona sana es un enfermo que ignora que lo es".

Los seres humanos, lógicamente, no queremos envejecer ni asumir la inevitable disminución de facultades que el avance de la edad trae aparejadas. Por ello, cual modernos Ponces de León, somos fáciles candidatos a que nos timen ofreciéndonos pócimas de eterna juventud. Al precio del mismo riesgo en el que incurrió el conquistador español, y descubridor de lo que hoy es la península de Florida, en los Estados Unidos, Juan Ponce de León, que en su aventurera búsqueda de la fuente de la eterna juventud

Spiegel, en el cual desarrolla, una vez más, su tesis-denuncia que yo comparto, de que la función de la medicina actual es fundamentalmente hacer creer que la naturaleza nos tiene sometidos a nuevas enfermedades que sólo los médicos pueden curar, y que sólo pueden hacerlo mediante medicación. Blech escribe de una manera muy documentada, y citando permanentemente sus fuentes de información, que son los propios laboratorios e instituciones creadas y financiadas por la industria farmacéutica. Esta globalizada sociedad de consumo intenta transformarnos a todos en sumisos consumidores, los laboratorios farmacéuticos, mediante la utilización de técnicas de marketing, se dedican a crear permanentemente enfermedades que debemos prevenir y curar consumiendo las sustancias de su producción industrial. Para ello la industria farmacéutica, sus instituciones, publicaciones y portavoces han convertido en "enfermedades" todas las manifestaciones normales de nuestra vida cotidiana. Es fundamental reconocer también, que afortunadamente son muchos los científicos, médicos y publicaciones médicas que se rebelan y denuncian permanentemente toda esta corrupción y que se han constituido en los depositarios y los abanderados de una tradición médica que los honra y que todos los profesionales deberían reivindicar, rompiendo las cadenas de sumisión que los han transformado en agentes comerciales del negocio farmacéutico que está envenenando a la población mundial. El Director de la *Oficina de Seguridad de los Fármacos* de los Estados Unidos, David Graham, ha denunciado la intimidación de la que ha sido objeto por sus informes negativos respecto a ciertos medicamentos como por ejemplo el antiinflamatorio *Vioxx* que ha sido consumido por millones de personas, medicamento al que le atribuyó 30.000 muertes y 139.000 pacientes a los que ha producido afecciones coronarias hasta que *Merck-Sharp & Dome* retirara el producto del mercado. Las demandas de indemnizaciones contra

sas farmacéuticas patrocinan la invención de cuadros clínicos completos, y consiguen así nuevos mercados para sus productos". Y agrega que: "En la actualidad, las empresas Jenapharm y Dr. Kade/Besins de Berlín intentan dar a conocer una enfermedad que, al parecer, afecta a millones de hombres en la flor de la vida: el '*Aging Male Síndrome*', la menopausia masculina. Estas empresas contrataron a institutos de demoscopia, empresas de relaciones públicas, agencias de publicidad y catedráticos de medicina para dar a conocer al público la andropausia. En diversas conferencias de prensa se lamentó la 'lenta pérdida' de la producción de hormonas masculinas. El motivo de la campaña son dos preparados de hormonas que llegaron al mercado alemán en abril de 2003".

"El 'síndrome de Sissí' apareció por primera vez en 1998, en un anuncio a toda página de la empresa *Smith-Kline Beecham* (ahora *GlaxoSmithKline*). Según la empresa, los pacientes afectados son depresivos y, llegado el caso, deben tratarse con psicotrópicos. No obstante, su abatimiento quedaba encubierto por un comportamiento especialmente activo y positivo ante la vida. El síndrome recibió el nombre de la emperatriz Elisabeth ('Sissí'), pues ella encarnaba a la perfección el tipo de paciente que padecía el trastorno. Desde entonces, el término ha conquistado los medios de comunicación y es propagado por algunos psiquiatras. En Alemania existen tres millones de personas que padecen el 'síndrome de Sissí'.

"Los médicos de la clínica universitaria de *Münster* desenmascararon esta popular supuesta enfermedad en mayo de 2003 como una invención de la industria. Su análisis de la bibliografía especializada ha desvelado que el cuadro clínico carece de base científica. La presencia mediática del síndrome de Sissí, sobre todo a través de un promocionado libro de divulgación sobre el tema, nos conduce precisamente hasta *Wedopress*, una empresa de relaciones

de comunicación provienen de oficinas contratadas por los propios laboratorios farmacéuticos."

"A finales de los años noventa, *Roche* quería comercializar su antidepresivo *Aurorix*, que pretendía ser de ayuda contra la fobia social, una supuesta forma patológica de la timidez. Una nota de prensa patrocinada por Roche afirmaba que más de un millón de australianos padecían este síndrome 'aniquilador de almas', tratable mediante terapia del comportamiento y medicamentos."

"Nadie manifestó desconfianza alguna cuando en abril de 2002, el psicólogo Alexander Dröschel de *Saarlouis* anunció ante la agencia de noticias *Deutsche Presse-Agentur* que entre Stralsund y Constanza, alrededor de 'un millón de niños' padecían una enfermedad psiquiátrica: el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Su declaración fue divulgada por toda Alemania, a pesar de que Dröschel no poseía fuentes concretas, tal como se demostró al preguntarle sobre el tema y su respuesta fue: 'Circulan todo tipo de cifras, y yo seleccioné unas de tipo medio'. Las correspondientes empresas farmacéuticas quedaron encantadas con la especulación pública de Dröschel, pues ya tenían listos los psicofármacos para conseguir que los niños inquietos funcionaran en la familia y en la escuela mejor de cómo los había dotado la naturaleza. Se inició una lucha encarnizada por los jóvenes pacientes. La empresa *Novartis*, con sede en Nuremberg, ha publicado incluso un libro ilustrado sobre el tema TDAH, en el cual intenta que 'la pastillita blanca' sea apetecible para el lector infantil."

Una persona sana es que ha sido mal examinada

"En neurología, la transformación de las personas sanas en enfermas funciona especialmente bien, sobre todo porque no escasean teorías, según las cuales prácticamente ninguna persona

especializada de *marketing* describe la campaña como 'ejemplo positivo' sobre cómo 'moldear la opinión pública respecto a una enfermedad'. Asmus Finzen, neurólogo del Hospital Universitario de Basilea, afirma lo siguiente: 'Algunos psiquiatras basan sus diagnósticos en el hecho de que, al fin y al cabo, todos tenemos algún problema mental'. El número de trastornos reconocidos oficialmente revela esta tendencia: en Estados Unidos, el número de enfermedades anímicas existentes aumentó de 26 a 395 a partir de la Segunda Guerra Mundial."

El Consejo Nuffield sobre Bioética, un elitista círculo británico formado por quince filósofos, médicos y científicos, considera que la medicalización de nuestras vidas es la tendencia imperante. Este comité asesor mundialmente respetado, en un informe publicado en 2002, pronostica lo siguiente: "Parte del problema radica en la extensión del diagnóstico o en la tendencia a definir los trastornos de un modo tan amplio, que cada vez hay más y más individuos atrapados en la tela de araña del diagnóstico". Estos precursores británicos ven el afán de lucro como la fuerza motriz de esta tendencia. "Al desarrollar medicamentos que producen un determinado efecto en una característica del comportamiento, es posible que esta característica sea contemplada como un trastorno o como algo que debe ser tratado y cambiado mediante el medicamento".

Una de las estrategias de la industria farmacéutica es crear y subvencionar asociaciones de afectados por los males para los cuales ellos tienen oferta de medicación. Prominentes conocidos de la opinión pública son contratados y muy bien remunerados por la industria farmacéutica para figurar en campañas publicitarias que alertan acerca de alarmantes trastornos que deben ser consultados al médico para ser medicados. Así Pelé, el futbolista nº 1 de todos los tiempos, aparece presumiendo de lo útil que le ha sido consultar al médico por su disfunción eréctil. Se trata de una campaña de

nización social. Las enfermedades que produce la sociedad son bautizadas por el médico con nombres amados por los burócratas. La 'incapacidad de aprendizaje', la 'hiperquinesia', o la 'disfunción cerebral mínima' explican a los padres la razón por la cual sus niños no aprenden, sirviendo así de coartada para la intolerancia o la incompetencia de la escuela; la alta presión arterial sirve de coartada a las tensiones crecientes, la enfermedad degenerativa a la organización social degenerante. Mientras más convincente sea el diagnóstico y más valiosa parezca ser la terapéutica, más fácil resultará convencer a la gente de que necesita ambas cosas y con menos probabilidad se rebelarán contra el crecimiento industrial. Los obreros sindicalizados exigen la terapéutica más costosa posible, aunque sólo sea por el placer de recuperar parte del dinero que han pagado en impuestos y seguros, y se engañan creyendo que esto significa una mayor igualdad". También en 1970 un médico francés, Guy Caro, publicó el libro *La medicina impugna da* denunciando a los médicos de hospitales que, teniendo participación financiera en los laboratorios, aceptaban además pagos por realizarles las pruebas e informes clínicos de sus productos.

En un momento mucho más reciente Philippe Pignarre, profesor en la Universidad de París, que durante 17 años tuvo cargos directivos en la industria farmacéutica denunció en su libro *El Gran Secreto de la Industria Farmacéutica* lo que conoció desde adentro: "Para los países occidentales, y sobre todo para los Estados Unidos, la industria farmacéutica es la joya de la corona. Es, de lejos, su industria más rentable: los márgenes brutos giran en torno al 70% y hasta al 90% y, según los expertos, su tasa de ganancias promedio es la más elevada de todas: alcanza el 18,6%, contra el 15,8% de los bancos comerciales, que aparecen en segunda posición, por delante de índices mucho más bajos para los demás sectores de la industria. En el mundo occidental, el costo total del gasto en medicamentos recetados aumenta cada año del 6% al

Lo hacen, por ejemplo, mediante la administración y consumo masivo de ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) para incrementar los niveles equilibrados de presencia activa de serotonina en las sinapsis de las áreas neuronales implicadas. Los estudios e investigaciones realizados indican que lo que determina naturalmente desde su inicio los niveles equilibrados de presencia activa de serotonina es una infancia serena, equilibrada, atendida y estimulada. Durante ese período el cerebro tiene plasticidad. Las neuronas se conectan unas a otras en parte por influjo de la serotonina. Su disminución incrementa los niveles de ansiedad, angustia o estrés desde la infancia. Y también incrementa la posibilidad de que esta angustia se exteriorice a través de todas las manifestaciones sintomáticas que se pretenden suprimir luego artificialmente mediante los ISRS.

Hacia donde vamos

Como en los platos de comida de las cartas de los restaurantes chinos, cada una de estas descripciones clasificatorias del DSM tienen un número. Así, el retraso mental leve es un F70.9, el trastorno de la lectura es un F81.0, el tartamudeo es un F98.5, el trastorno negativista desafiante es un F91.3, el trastorno de ansiedad por separación es un F93.0, la dependencia a la nicotina es un F17.2x, el deseo sexual hipoactivo F52.0, las pesadillas son un F51.9, la simulación es un Z91.1, los problemas religiosos o espirituales son un Z71.8, los trastornos del estado de ánimo no especificado un F39, fingir un trastorno F68.1, los problemas paternofiliales son Z63.8, los problemas conyugales Z63.0, los de relación entre hermanos los F93.3. Todos estos trastornos tienen tratamiento cognitivo conductual y especialmente medicamentoso. Antes de discutir con sus familiares, entrar en crisis religiosa, que se le note un tar-

El malestar del ser humano es señal de alarma de su psiquismo de que hay algo de lo emocional que debe afrontar y resolver y que se manifiesta como ansiedad, angustia y estrés, en sus diferentes denominaciones, y que es lo que provoca la disminución de la presencia activa de serotonina que es un regulador de una extensa gama de funciones psíquicas y orgánicas que influye en el sueño, en los estados de ánimo, las emociones, los estados depresivos, todo tipo de desequilibrios mentales, el funcionamiento vascular, el de las vísceras y los músculos, la frecuencia del latido cardíaco y regula la secreción de hormonas, por ejemplo la del crecimiento. La propuesta del psicoanálisis es dirigirse a las causas de la ansiedad, angustia o estrés, lo cual permite que puedan volver a restablecerse niveles normales de presencia activa de serotonina. Intentar resolverlo recetando ISRS (Inhibidores selectivos de los receptores de serotonina) es como intentar eliminar el miedo con un inhibidor de adrenalina, una auténtica locura. El diagnóstico del TDAH y medicar ésta inventada enfermedad con *Ritalin, Rubifen, Concerta, Strattera, Medikinet* o antidepresivos es también una auténtica locura. EL DSM es el Manual de instrucciones de los locos que nos gobiernan.

¿Como ofrecer resistencia a tan poderosa ofensiva, destinada a destruir nuestra subjetividad, desencadenada por los dueños del mundo? Las técnicas de evaluación pretenden transformarnos y diluirnos en un número en la estadística, diagnosticarnos con un número de los del DSM-IV, colocarnos bajo el poder de las neurociencias, la psiquiatría oficial y las TCC y someternos mediante sus drogas: el soma de *Un Mundo Feliz* de Aldous Huxley y el *1984* de George Orwell. Domesticarnos como a animales para así devolvernos a esta servidumbre de la gleba, en la que están intentando transformar el mercado de trabajo, y arrojarnos a un pasivo papel de consumidores.

transformación totalitaria de las sociedades democráticas instrumentado por la industria farmacéutica a través de funcionarios de la OMS, Organización Mundial de la Salud, las agencias nacionales de medicamentos, una parte del colectivo médico, psiquiatras y docentes.

La **medicalización de la vida** es un problema político de primer orden que requiere respuesta política. El gobierno no es el poder. Independientemente de los gobiernos de turno, el poder está en manos del neoliberalismo, una concepción economicista para la cual no hay sociedades, ni naciones, ni pueblos, ni tradiciones, ni culturas, ni humanidad, ni sujeto. Sólo existe el mercado, y para imponer sus "leyes" todos los medios son "lícitos". Ese neoliberalismo es el que orienta las políticas de la industria farmacéutica. Por eso esta lucha es política, y por eso la salida es política: fortalecer un movimiento ciudadano que pretende conseguir que los profesionales y la población se conciencien contra la validez del DSM y los intentos de someternos a la pretensión de medicalizar nuestra vida y la de nuestra infancia. En esto hay un psicoanálisis y psicoanalistas que estamos comprometidos con la lucha por la libertad, la democracia, la justicia y los derechos y la dignidad humanas que el neoliberalismo y la sociedad de mercado están poniendo en grave riesgo. Dijo Albert Einstein "El mundo es un lugar muy peligroso, no tanto por las personas que hacen el mal, sino por las que se sientan pasivamente a ver que pasa". Hacia donde vayamos será responsabilidad de cada uno de nosotros.

Preparémonos
lo peor esta por venir: el DSM-V
una pandemia de trastornos mentales

Abriendo la Caja de Pandora.
Las 19 peores sugerencias del DSM-V[1]

Allen Frances

Ya he criticado previamente al proceso DSM-V -por su innecesario secretismo, sus ambiciones riesgosas, sus métodos desorganizados y sus irreales fechas límite. Ahora, es finalmente tiempo de evaluar el primer borrador del producto DSM-V recientemente posteado (en www.DSM5.org)

Pobre e inconsistente redacción

Quizás no debería causar sorpresa que un proceso defectuoso haya logrado un producto defectuoso. El problema más importante es la escritura pobre e inconsistente. Se admitió que los tempranos borradores del Grupo de Trabajo estaban escritos con imprecisión y con calidad variable, pero es sorprendente que el liderazgo del DSM-V haya fallado en editarlos para más claridad y consistencia. Sería un desperdicio de esfuerzo, tiempo y dinero conducir pruebas de campo antes de que los nuevos esquemas de criterios reciban extensa revisión. La pobre redacción es también signo de un mal pronóstico, sugiriendo que las secciones de texto del DSM-V para los variados trastornos podrían eventualmente ser inconsistentes, variables en calidad y a veces incoherentes.

nes en la población general (especialmente después del marketing de una siempre alerta industria farmacéutica).

Umbrales diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes.

El DSM-V podría crear decenas de millones de nuevos mal identificados pacientes "falsos positivos" exacerbando así, en alto grado, los problemas causados por un ya demasiado inclusivo DSM-IV. Habría excesivos tratamientos masivos con medicaciones innecesarias, caras, y a menudo bastante dañinas. El DSM-V aparece promoviendo lo que más hemos temido: la inclusión de muchas variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de "trastorno mental" resulta enormemente indeterminado.

Consecuencias imprevistas

Una tercera debilidad generalizada en las opciones del DSM-V es su insensibilidad al posible mal uso como parámetros forenses. Los miembros del Grupo de Trabajo no pueden esperar anticipar las variadas formas en que los abogados intentarán retorcer sus buenas intenciones, pero es incumbencia del liderazgo del DSM-V establecer una revisión funcional forense a fondo, que pudiera identificar las muchas probables instancias de proposiciones con importantes implicaciones forenses (por ejemplo, la expansión de pedofilia para incluir la atracción hacia adolescentes).

Las restricciones de espacio (tanto como mis propios puntos ciegos y limitaciones en mi saber), hace de ésta una supervisión limitada, tanto en el número de revisiones que discuto, como en la profundidad posible de discusión en cada una. Me gustaría impulsar al campo a identificar los problemas adicionales que requieran corrección.

los estudios más cuidadosos, y aparentemente mucho más alta una vez que el diagnóstico sea oficial, para el uso general, y se convierta en un blanco para las compañías farmacéuticas. Cientos de miles de adolescentes y jóvenes adultos (especialmente, según parece, aquellos incluidos en el seguro de salud MedicAid) recibirían una innecesaria prescripción de antipsicóticos atípicos. No hay prueba de que los antipsicóticos atípicos prevengan de episodios psicóticos pero, definitivamente sí causan gran y rápido aumento de peso (ver la reciente advertencia de la FDA) y están asociados a la reducción de la expectativa de vida, por no decir nada sobre su alto costo, otros efectos colaterales y estigmas.

Esta sugerencia podría llevar a una catástrofe de salud pública y no hay prueba de campo posible que pueda justificar esta inclusión como un diagnóstico oficial. El intento de identificación temprana y tratamiento de individuos en riesgo es bien intencionado, pero peligrosamente prematuro. Debemos esperar hasta que haya un test de diagnóstico específico y un tratamiento seguro.

El TRATORNO MIXTO DE ANSIEDAD DEPRESIVA toca síntomas no específicos que están ampliamente distribuidos en la población general y podría, de ahí en más, convertirse inmediatamente en uno de los más comunes de los desórdenes mentales en el DSM-V. Naturalmente su rápido encumbramiento a proporciones epidémicas podría ser fácilmente asistida por el marketing farmacéutico. Aparentemente, la medicación no sería mucho más efectiva que el placebo, a causa de la alta respuesta a placebo en desórdenes leves.

El TRASTORNO COGNITIVO MENOR está definido por síntomas inespecíficos de desempeño cognitivo reducido, que son muy comunes (quizás hasta ubicuos) en personas de más de 50

primera y segunda desviación estándar). Aún más, la sugerencia para tests objetivos será probablemente ignorada en los parámetros de cuidados primarios donde será efectuado el grueso de los diagnósticos.

Medicalizar las disminuciones cognitivas que son de esperar a esas edades resultará un muy innecesario tratamiento con prescripciones no efectivas de drogas y remedios de curandero. Esto, sin duda, logrará una gran popularidad, ya que habrá seguramente una alta tasa de respuesta a placebo.

El TRASTORNO DE ATRACONES (*BINGE EATING DISORDER*) tendrá en la población general una tasa (estimada de 6%) y ésta probablemente será mucho más alta cuando el diagnóstico se haga popular y sea hecho en los esquemas de atención primaria. Las decenas de millones de personas que se dan estos atracones una vez a la semana por 3 meses podrían, de pronto, tener un "trastorno mental", sujetándolos al estigma y a medicaciones de probada ineficacia.

El TRASTORNO DISFUNCIONAL DEL CARACTER CON DISFORIA es una de las más peligrosas y pobremente concebidas sugerencias para el DSM-V y una mal orientada medicalización de los exabruptos del carácter. El "diagnóstico" será muy común en cada edad de la población general y podría promover una gran expansión en el uso de medicaciones antipsicóticas, con todos los serios riesgos descriptos arriba para los pacientes. Aparentemente, el Grupo de Trabajo intentaba corregir los excesivos diagnósticos de trastorno bipolar en la infancia pero su sugerencia está tan pobremente escrita que no podría de ninguna manera lograr ese objetivo, en cambio podría crear un nuevo monstruo. La deficiente aplicación de este diagnóstico proveería de una excusa que per-

incluido en el DSM III R (bajo el nombre de violación parafílica) pero fue rechazado a causa de que era imposible de diferenciar, en forma válida y confiable, a aquellos violadores cuyas acciones son el resultado de una parafilia de la gran mayoría de violadores motivados por otros factores (tales como el poder). Dados los hechos (reconocidos en la sección de razonamientos) de que la mayoría de los violadores son suficientemente conscientes como para negar las fantasías sexuales y la no-confiabilidad (y no disponibilidad) de tests de laboratorios. El diagnóstico está inevitablemente basado sólo en el comportamiento de la persona, llevando a una potencialmente alarmante tasa de falsos positivos, con subsecuente castigo erróneo indefinido.

El **TRASTORNO DE HIPERSEXUALIDAD** será un regalo para los buscadores de excusas en los falsos positivos y un potencial desastre forense. Otro claro punto de partida erróneo.

La categoría de **ADICCIONES CONDUCTUALES** sería incluida en la sección de adicciones a sustancias y podría cobrar vida con un trastorno de **JUEGO PATOLOGICO** (transferido de la sección de trastornos compulsivos). Esto proveería de una cuesta resbaladiza hacia la inclusión por la puerta de atrás de una variedad de estúpidos y potencialmente dañinos diagnósticos (por ejemplo: "adicciones" a comprar, al sexo, al trabajo, a la tarjeta de crédito y su deuda, a los videojuegos, etc., etc.) bajo la amplia rúbrica de "adicciones conductuales no especificadas de otro modo". El constructo "adicciones conductuales" representa una medicalización de las elecciones de vida, provee una excusa dispuesta para descargar la responsabilidad personal, y fácilmente sería utilizada erróneamente en esquemas forenses.

dimentos cuando los síntomas del trastorno en formas benignas puedan ser compatibles con la normalidad. Eliminando este requerimiento se reduciría el papel del juicio clínico transformándolo en un guardián para determinar la presencia o ausencia de trastornos mentales, y así se incrementarían las ya infladas tasas de diagnósticos psiquiátricos.

TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD. Las definiciones del DSM-IV cambian (junto con un extremadamente marketing activo de las compañías farmacéuticas), contribuyendo a aumentar las tasas de TDAH, acompañado de un generalizado abuso de medicaciones estimulantes para la mejora del desempeño y la emergencia de un gran mercado secundario ilegal. Hay cuatro sugerencias para el DSM-V que empeorarían este existente sobrediagnóstico.

-El primer cambio es el de elevar la edad requerida de comienzo de 7 a 12 .

-El segundo es permitir el diagnóstico basado sólo en la presencia de síntomas, no requiriendo discapacidad.

-El tercero es reducir a la mitad el número de síntomas requeridos para adultos.

Estos 3 cambios reducen significativamente la especificidad del diagnóstico de TDAH en adolescentes y adultos y producirán un posterior flujo de falsos positivos y en mal uso resultante de los estímulos para el mejoramiento del desempeño.

-El cuarto cambio es permitir el diagnóstico de TDAH en presencia de autismo. Esto podría crear la interacción de dos falsas epidemias, impulsando el uso aumentado de estimulantes en una población especialmente vulnerable.

TRASTORNO DE ADICCION. El DSM-V propone eliminar la

dura palabra adicción a aquéllos cuyo problema está restringido al uso intermitente de sustancias.

TRASTORNO DE ESPECTRO DE AUTISMO. El desorden de Asperger colapsaría en esta nueva categoría unificada. Aunque esta consolidación apela a algunos expertos, permanece controvertida y presenta serios problemas. Aquéllos con Asperger (que es *mucho menos invalidante) serán estigmatizados por su asociación* con el desorden autista clásico. Aún más, en la práctica usual diaria conducida por no-expertos, el concepto de espectro alimentará fácilmente la "epidemia" del pobremente definido autismo que ya ha sido disparada por la introducción del Asperger en el DSM-IV.

MEDICALIZACION DEL DUELO NORMAL. El DSM-V inutilizaría los 30 años de práctica de diagnóstico de Depresión Mayor, al ser efectuado en aquellos individuos cuya reacción al duelo sintomáticamente recuerda un Episodio Depresivo Mayor (por ejemplo: dos semanas de ánimo depresivo, pérdida de interés en actividades, insomnio, pérdida de apetito, y problemas en concentrarse inmediatamente posteriores a la pérdida del cónyuge, serán un trastorno mental). Esto es un sorprendente y radical cambio que podría ayudar a algunos individuos, pero causará un enorme problema de falsos positivos, especialmente desde que hay mucha variabilidad individual y cultural en sobrellevarlo. Por supuesto, el duelo se transforma en un blanco extremadamente invitante para las compañías farmacéuticas.

La PEDOHEBEFILIA es uno de los esquemas de criterios sugeridos más pobremente descriptos e inviables. Expandir la definición de pedofilia para incluir púberes medicalizaría el comportamiento criminal y posteriormente llevaría al previamente descrip-

BORRAMIENTO DEL SISTEMA MULTIAXIAL. Esto produciría la pérdida de mucha información clínica valiosa. El diagnóstico multiaxial provee una disciplinada aproximación para distinguir entre estado y rasgo (eje I *versus* eje II), para determinar las contribuciones de condiciones médicas (eje III), y de estresores (eje IV) al diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos. La puntuación GAF (eje IV) provee el estimado más conveniente y familiar de funcionamiento global. No se han ofrecido razonamientos comparativos para hacer un cambio tan radical.

VARIADOS CAMBIOS MENORES. Hay numerosos cambios editoriales menores dirigidos a ayudar a clarificar los esquemas de criterios existentes. Algunos de estos parecen ser mejoras, muchos son triviales, y algunos son peores que sus contrapartidas del DSM-IV. Cualquier posible beneficio en los cambios de redacción debe ser sopesado contra los riesgos de que la nueva versión creará su propio esquema de consecuencias imprevistas. Los viejos, probados y verdaderos esquemas de criterios han soportado la prueba del tiempo, a veces por 30 años, sin crear problemas forenses. Aún más, incluso pequeños cambios pueden tener un dramático impacto en la definición de casuística y la tasa de trastornos resultantes, comprometiendo sin necesidad la interpretación de toda la investigación clínica y epidemiológica que se hizo antes, en comparación con la que se haga después del DSM-V.

VALORACIONES DIMENSIONALES. Tres valoraciones dimensionales (para severidad, comorbilidad y rasgos de personalidad) son sugeridas para el DSM-V. Las dimensiones son mayormente apropiadas para describir fenómenos distribuidos en forma continuada, que pueden ser reducidos a números. Ha sido ampliamente aceptado por varias décadas que sumar dimensiones ayuda-

unas pocas puntuaciones dimensionales simples en los previos DSMs han encontrado la resistencia y negación por parte de los clínicos. Las propuestas dimensionales del DSM-V son especialmente problemáticas, *ad hoc*, inviablemente complejas, vagas, no testadas y prematuras. La introducción, pobremente ejecutada, de abultadas dimensiones en el DSM-V fácilmente le dará mala reputación y envenenará las bases para una necesaria aceptación posterior. Es también posible que el uso de dimensiones pueda crear consecuencias no intencionadas en seguros, discapacidad y determinaciones forenses. La posible introducción de dimensiones por el DSM-V ha sido largamente sobrevendida como un cambio de paradigma. Con unas pocas excepciones, sería probablemente recomendable incluir las puntuaciones dimensionales sugeridas en el apéndice del DSM-V o en un volumen separado de instrumentos diagnósticos.

PUNTUACIONES DE SEVERIDAD MANUFACTURADOS PARA CADA TRASTORNO. De hecho, esta aproximación fue probada para 8 categorías en el DSM III R, pero fue abandonada en el DSM-IV a causa de que los anclajes de puntuación de severidad no fueron validados y el sistema era demasiado abultado para el uso de la rutina clínica. Las puntuaciones de severidad sugeridos para el DSM-V son asombrosamente inconsistentes en los cruces en su formato y calidad y son largamente *ad hoc*, extremadamente complicados y totalmente impracticables para el uso en condiciones clínicas.

MEDICIONES EN SINTOMAS "CRUZADOS", que existen entre un número de diferentes diagnósticos para suplementar los diagnósticos categoriales primarios. Tal evaluación puede ser útil en ciertos encuadres, pero es demasiado voluminosa para el uso en

y consumirían demasiado tiempo para ser alguna vez usados por clínicos. Otro efecto colateral será la eliminación, en el manual, de cinco de los trastornos de personalidad (paranoico, narcisista, histriónico, dependiente y esquizoide).

Conclusiones

Posiblemente la dirección del DSM-V alegará que soy excesiva y prematuramente alarmista, que ellos están aún en los primeros pasos del proceso del DSM-V, y que alguna de las sugerencias problemáticas serán eventualmente suprimidas en las pruebas de campo. Esto es poner el carro (la prueba de campo) delante del caballo (por ejemplo: tener esquemas de criterios útiles para testar) y sigue perdiendo el punto de que el DSM-V ha estado y continúa en serios problemas. Siento que es mi responsabilidad dar claras alarmas ahora a causa de que el pasado desempeño de la conducción del DSM-V no inspira confianza en su futura habilidad para evitar serios errores.

¿Qué me lleva a tan pesimista conclusión? Cada paso en el desarrollo del DSM-V ha sido secreto y desorganizado. La dirección ha establecido una consistente línea de récords en proponer planes irreales e imposibilitados de lograr líneas de tiempo con previsibles cursos erráticos y fechas tope repetidamente incumplidas. Yo, por ejemplo, anuncié el último mayo en el encuentro anual de la APA, American Psychiatric Association (y en la prensa) que las pruebas de campo del DSM-V iban a comenzar en el verano [boreal] de 2009. Entonces, ocurrió que ninguno de los pasos preparatorios necesarios habían sido cumplidos y que las pruebas de campo debían ser pospuestas por, al menos, un año. Durante los últimos seis meses, ha habido varias objetivos sucesivos de fechas para publicar los proyectos del DSM-V, cada una de las cuales fue incumplida causando demoras inexplicadas. La pobre planificación y ejecución ya han forzado una demora de un año en la fecha