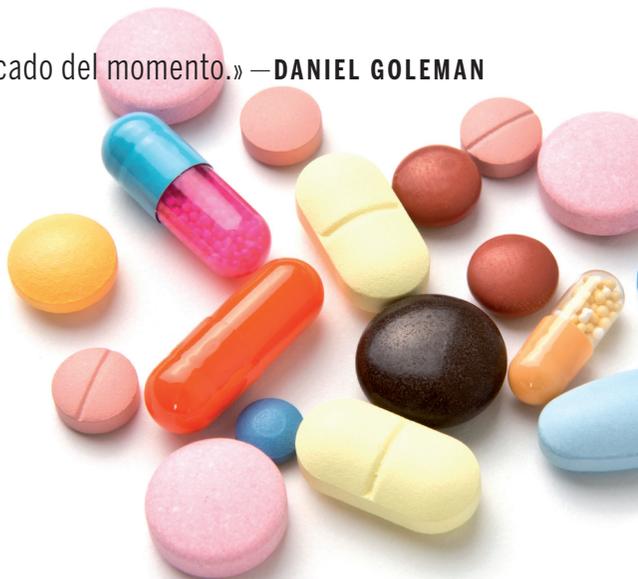


www.elboomeran.com

«El psiquiatra más destacado del momento.» —DANIEL GOLEMAN



ALLEN FRANCES
¿Somos
todos
enfermos
mentales?

Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría

Ariel

Allen Frances

¿Somos todos enfermos mentales?

Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría

Traducción de Jorge Paredes

Ariel

Índice

| | |
|---------------|---|
| Prólogo | 9 |
|---------------|---|

PRIMERA PARTE LA NORMALIDAD ASEDIADA

| | |
|---|-----|
| 1. ¿Qué es normal y qué no lo es? | 23 |
| 2. Del chamán al loquero | 57 |
| 3. La inflación diagnóstica | 103 |

SEGUNDA PARTE LAS MODAS PSIQUIÁTRICAS SON PERJUDICIALES PARA LA SALUD

| | |
|-----------------------------|-----|
| 4. Modas del pasado | 147 |
| 5. Modas del presente | 169 |
| 6. Modas del futuro | 205 |

TERCERA PARTE VOLVER A LA NORMALIDAD

| | |
|---|-----|
| 7. Controlar la inflación diagnóstica | 247 |
| 8. El consumidor inteligente | 267 |
| 9. Lo peor y lo mejor de la psiquiatría | 281 |
| Epílogo | 321 |
| Agradecimientos | 327 |
| Notas | 329 |
| Índice temático | 351 |

1

¿Qué es normal y qué no lo es?

El estanque de la normalidad se está reduciendo a un pequeño charco.

TIL WYKES

Antes de empezar a salvar a las personas normales, tenemos que determinar qué es normal. «Normal» puede parecer una palabra asequible, confiada en su popularidad, segura de su preponderancia sobre lo que es anormal. Definir normal debería ser fácil y ser normal debería ser una ambición modesta. No es así. La normalidad ha sido asediada terriblemente y se ha visto tristemente reducida. Los diccionarios no pueden ofrecernos una definición satisfactoria; los filósofos discuten sobre su significado; los estadísticos y los psicólogos la miden sin cesar, pero no logran captar su esencia; los sociólogos dudan de su universalidad; los psicoanalistas dudan de su existencia; y los médicos del cuerpo y de la mente se afanan en encontrar sus límites. El concepto de normal está perdiendo todo sentido; basta con fijarse lo suficiente para que, al final, todo el mundo esté más o menos enfermo. Mi tarea en este libro será intentar frenar este abuso constante e inexorable y ayudar a salvar la normalidad.

¿Cómo define normal el diccionario?

La palabra «normal» se encuentra en muchos terrenos distintos. Inició su vida en latín como una escuadra de carpintero y sigue utilizándose en geometría para describir ángulos rectos y perpendiculares. No es de extrañar que la palabra adquiriese una serie de connotaciones sensatas que denotaban lo habitual, estándar, usual, rutinario, típico, promedio, corriente, esperado, acostumbrado, común, adecuado, convencional, correcto o tradicional. A partir de aquí, un pequeño salto llevó el término a describir el buen funcionamiento biológico y psicológico: no enfermo físicamente y no enfermo mentalmente.¹

Todas las definiciones de normal del diccionario son absoluta y cautivadoramente tautológicas. Para saber qué es normal hay que saber qué es anormal. Y adivina cómo se define anormal en los diccionarios: aquello que no es normal o habitual o natural o típico o usual o adecuado. Es como la pescadilla que se muerde la cola; cada término se define exclusivamente como el contrario del otro, no hay una auténtica definición de ninguno de los dos y no hay ninguna línea definitoria significativa entre ellos.

Los términos dicotómicos «normal» y «anormal» inspiran una sensación de reconocimiento y falsa familiaridad. Intuimos instintivamente lo que significan en general, pero nos resultan intrínsecamente difíciles de precisar específicamente. No existe una definición universal y trascendental que sirva para resolver problemas del mundo real.

¿Qué dice la filosofía?

Curiosamente muy poco. La filosofía se ha esforzado sin cesar por entender los significados más profundos de los grandes conceptos como realidad e ilusión, cómo conocemos las cosas, la naturaleza humana, la verdad, la moral, la justicia, el deber, el amor, la belleza, la grandeza, la bondad, el mal, la mortalidad, la inmortalidad, el derecho natural, etc. Por lo general, lo normal se pierde en la confusión filosófica; tal vez se trata de algo

demasiado ordinario y poco interesante como para merecer ser objeto de profundos pensamientos filosóficos.

Esta falta de atención acabó por fin con el intento de la Ilustración de aplicar la filosofía a los problemas mundanos de la vida de cada día. El utilitarismo proporcionó la primera y única orientación filosófica práctica sobre cómo y dónde trazar el límite entre «normalidad» y «trastorno mental». El principio rector es que «normal» no tiene un significado universal y no puede nunca definirse con precisión por las ruedas de la deducción filosófica; depende en gran medida de los ojos del que mira y cambia según el momento, el lugar y la cultura. De aquí se desprende que la frontera que separa «normalidad» de «trastorno mental» no debería basarse en un razonamiento abstracto, sino más bien en el equilibrio entre las consecuencias positivas y negativas que otorgan las diferentes elecciones. Busca siempre el «máximo beneficio para el mayor número».² Toma decisiones en función de lo que funcione mejor.

No obstante, hay también incertidumbres innegables para los utilitaristas prácticos y, lo que es peor, minas peligrosas. «El máximo beneficio para el mayor número» queda de maravilla sobre el papel, pero ¿cómo decidir cuál es el beneficio? No es casualidad que el utilitarismo no sea actualmente nada popular en Alemania, donde Hitler le dio ese nombre tan imperecedero. Durante la segunda guerra mundial, era estadísticamente normal que la población alemana actuase de formas brutales que antes y después habrían sido calificadas como anormales, justificadas todas ellas como necesarias para lograr el máximo beneficio para la raza superior. Lo estadísticamente «normal» (basado en la frecuencia) superaba a lo «normal» por mandato judicial (el mundo como debería ser o había sido habitualmente).

De manera que, en manos inadecuadas, el utilitarismo puede ser ciego a los valores positivos y quedar distorsionado por los negativos, pero sigue siendo la mejor o la única guía filosófica a la hora de embarcarnos en la difícil tarea de trazar los límites entre lo que es mentalmente «normal» y lo que es mentalmente «anormal». Éste es el enfoque que seguimos en el DSM IV.

¿Puede la estadística determinar qué es normal?

Tras haber confundido a la lingüística y a la filosofía, lo normal ha derrotado a la estadística. Esto puede parecer sorprendente. La estadística parecería perfectamente dispuesta a definir qué es normal cambiando el método de análisis; pasando de jugar con las palabras a jugar con los números. La respuesta podría estar en la forma bellamente simétrica de una campana de Gauss. Cuando se miden cosas nunca hay una respuesta correcta perfecta y reproducible. Siempre hay cierto error de medición que nos impide reproducir la misma respuesta cada vez, por mucho que nos esforcemos y por muy maravillosa que sea la vara de medir. Nos resulta intrínsecamente imposible precisar la naturaleza de algo con exactitud absoluta. Sin embargo, si nos tomamos la molestia de realizar suficientes mediciones, sucede algo verdaderamente sorprendente. Aunque ninguna lectura es perfectamente adecuada o predecible, el conjunto de todas las lecturas da como resultado la curva más predecible y perfecta. En el pico de la curva se sitúa la medida más popular y, a continuación, las menos probables van bajando por ambos lados a medida que nos alejamos del número áureo.

La campana de Gauss dice mucho de cómo funciona la vida; la mayoría de las cosas de la naturaleza y de las personas adoptan su forma y se desvían predeciblemente alrededor de la media. Las distribuciones de todas las características imaginables del universo han sido medidas en enormes y minuciosas series de datos. Milagrosamente, la misma y maravillosa «curva normal» surge de lo que parece un embrollo de números. La curva tiene un extraordinario poder predictivo sobre prácticamente todo lo que afecta a nuestra especie y al mundo.

Los seres humanos tenemos características físicas, emocionales, intelectuales, actitudinales y conductuales distintas, pero nuestra diversidad no es en absoluto aleatoria. Estamos distribuidos «normalmente» en una curva gaussiana en función de cualquier característica que se dé en nuestra población. El coeficiente intelectual, la estatura, el peso y todos los rasgos de la personalidad se agrupan alrededor de un número áureo, con los valores atípicos situados ordenadamente a ambos lados.

La mejor manera de resumir esto desde un punto de vista económico y sistemático es la desviación estándar (DE), un término técnico utilizado en estadística para describir la forma en que las mediciones se organizan con fiable regularidad alrededor de la media. Estar dentro de una DE de la estatura media (1,78 metros para los hombres en EE.UU. con una DE de 7,6 centímetros) te sitúa en un territorio muy popular junto al 68 % de la población; el 34 % será algo más alto que el hombre medio (hasta 1,85 metros) y el 34 % algo más bajo (hasta 1,70 metros). Cuanto más alto o más bajo seas más bicho raro te volverás; se está muy solo en cualquiera de los extremos de la curva. Sólo el 5 % de la población se aleja más de dos DE. En esa remota región hay un 2,5 % de hombres verdaderamente altos (más de 1,93 metros) y un 2,5 % de bajos (menos de 1,62 metros). Es la zona de los extremos derecho e izquierdo, lejos del número áureo. Supongamos que vamos más allá, hasta tres DE; nos adentramos en un territorio realmente enrarecido donde están los poquísimos hombres que miden más de 2 metros y menos de 1,54.³

Esto nos lleva a plantearnos la pregunta decisiva: ¿podemos utilizar la estadística de manera simple y precisa para definir la normalidad mental? ¿Puede la campana de Gauss servir de guía científica para decidir quién es mentalmente normal y quién no? Conceptualmente, la respuesta es «¿por qué no?», pero en la práctica es «¡diablos, no!» En teoría, podríamos decidir de manera arbitraria que las personas más atribuladas (el 5 %, el 10 %, el 30 % o el porcentaje que sea) fuesen calificadas de enfermas mentales, mientras que el resto serían normales. A continuación, podríamos desarrollar instrumentos de evaluación, puntuar a todo el mundo, dibujar las curvas, trazar la línea divisoria y así catalogar a los enfermos. Pero, en la práctica, no funciona así. Hay demasiados juicios estadísticos, contextuales y de valor, que complican una solución estadística sencilla.

Para empezar, las personas situadas en los lados opuestos inmediatos de cualquier límite parecerán casi idénticas; resulta estúpido llamar a uno enfermo y a otro sano. Las personas que miden 1,93 son altas, y las que miden 1,90 metros también lo son. ¿Qué porcentaje elegir? Si en un país en vías de desarrollo

sólo hay unos pocos médicos especialistas en salud mental, únicamente los individuos más gravemente perturbados aparecerán como mentalmente trastornados, de manera que tal vez se trace una línea divisoria que determine que sólo el 1 % no son normales. En una Nueva York saturada de terapeutas, el nivel requerido para que exista un trastorno será radicalmente inferior, por lo que es posible que la línea divisoria se sitúe en el 30 % o más. Es algo totalmente arbitrario y la bonita curva no puede decirnos dónde trazar la línea.

Tenemos que aceptar el hecho de que no existe un criterio sencillo para determinar cuántos de nosotros somos anormales. La curva normal dice mucho acerca de la distribución de todo, desde los quarks a los koalas, pero no nos indica dónde acaba lo normal y empieza lo anormal. Un psicótico vociferante se alejará tanto del medio que hasta tu tía Tilly lo identificaría como enfermo, pero ¿cómo decidir cuándo la ansiedad o la tristeza cotidianas son lo bastante graves para que se las pueda considerar un trastorno mental? Una cosa parece meridianamente clara. Desde el punto de vista de la estadística, es ridículo estirar los trastornos de tal manera que las personas próximas a la media puedan ser consideradas trastornadas. ¿Acaso la mayoría de la gente no debería ser normal?

¿Qué dice el médico de la normalidad?

Hasta finales de la década de 1800, la medicina estaba regida por el dogma de que la salud y la enfermedad estaban determinadas por las cantidades relativas de los cuatro humores corporales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Actualmente, parece una teoría excéntrica y boba, pero fue una de las ideas más duraderas de la humanidad (mucho más que el dogma de que el Sol se movía alrededor de la Tierra). La teoría de los humores era una creencia asumida por cientos de generaciones de las personas más sabias del mundo y rigió la práctica de la medicina durante cuatro milenios. El billete a la normalidad se conseguía logrando un equilibrio y una armonía perfectos de los fluidos corporales, sin ningún exceso y sin ninguna carencia.

Sólo a finales del siglo XIX, los espectaculares avances en fisiología, patología y neurociencia relegaron por fin la teoría de los humores al polvoriento armario de las curiosidades médicas atávicas.⁴

Sin embargo, a pesar de sus evidentes maravillas, la ciencia médica moderna no ha aportado nunca una definición eficaz de «salud» o de «enfermedad», tanto en el campo físico como en el mental. Muchos lo han intentado, pero todos han fracasado. Tomemos, por ejemplo, la definición de la Organización Mundial de la Salud:⁵ «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». ¿Quién de nosotros se atrevería a afirmar tener salud si ésta requiere cumplir esos requisitos imposibles? El concepto de salud pierde valor cuando es tan inalcanzable que todo el mundo está enfermo al menos en parte. La definición también irradia juicios de valor culturales y contextuales. ¿Quién puede definir qué es el «completo» bienestar físico, mental y social? ¿Está enfermo alguien por tener el cuerpo dolorido tras un trabajo duro, por estar triste tras una decepción, o por enfadarse con su familia? ¿Están los pobres intrínsecamente más enfermos por el hecho de disponer de menos recursos para lograr el completo bienestar exigido para tener «salud»?

Otras definiciones de salud más modernas y realistas no se centran en la perfectibilidad de la vida, sino en la ausencia de una dolencia definible. Es un avance, pero no hay una definición nítida de enfermedad física y, sobre todo, ninguna que sea aplicable independientemente del momento, el lugar y la cultura. ¿Cómo decidimos qué es normal en situaciones continuas como la tensión arterial, el colesterol, el azúcar en sangre o la densidad ósea? ¿Es mejor diagnosticar y tratar agresivamente como enfermedad un cáncer de próstata que se desarrolla lentamente en una persona mayor, o es mejor no tocarlo porque no hacer nada puede ser mucho menos peligroso que el tratamiento? ¿La falta de memoria normal en los ancianos es demencia senil, o se trata de la inevitable degeneración de un cerebro que envejece? ¿Un niño muy bajo es simplemente bajo, o necesita inyecciones de hormona del crecimiento?⁶

¿Por qué en psiquiatría no hay pruebas de laboratorio para definir qué es normal?

El cerebro humano es, con mucha diferencia, la cosa más complicada del universo conocido. El cerebro tiene cien mil millones de neuronas, cada una de las cuales está conectada con otras mil, lo cual hace un total de cien billones de conexiones sinápticas. Cada segundo, una media de mil señales atraviesa cada una de esas sinapsis; cada señal está modulada por una o varias docenas de neurotransmisores.⁷ El desarrollo del cerebro es todavía más inverosímil, una milagrosa e intrincada coreografía de migraciones secuenciales de células nerviosas. Cada nervio tiene que encontrar de algún modo su sitio y realizar exactamente las conexiones adecuadas. Dados los muchos pasos implicados y todas las cosas que pueden salir mal, puede que fuese preferible apostar por la ley de Murphy o la teoría del caos; parece que todo está amañado en contra del funcionamiento normal del cerebro. Lo extraño y maravilloso es que funcionemos tan bien como funcionamos; es el resultado inesperado de un trabajo de ingeniería del ADN que tiene que dar billones y billones de pasos. Sin embargo, cualquier sistema extremadamente complicado presenta ocasionalmente problemas técnicos caóticos. Las cosas pueden salir mal –y efectivamente lo hacen– de diferentes formas para provocar cada enfermedad, lo cual dificulta que la ciencia médica dé pasos de gigante.

Los dos avances más apasionantes de la historia de la biología son haber desentrañado el funcionamiento del cerebro humano y haber descifrado el código genético. Nadie podía haber predicho que llegaríamos tan lejos tan rápido. No obstante, también ha habido grandes decepciones. Aunque hemos aprendido mucho sobre el funcionamiento del cerebro, todavía no hemos descubierto la manera de trasladar la ciencia básica a la psiquiatría clínica. Las nuevas y poderosas herramientas de la biología molecular, la genética y las resonancias, todavía no han servido para crear pruebas de laboratorio para diagnosticar la demencia, la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo o cualquier otro trastorno mental. La esperanza de encontrar una explicación sencilla a

cualquier trastorno mental, basada en genes, neurotransmisores o circuitos, ha resultado ingenua e ilusoria.

Todavía no disponemos de ningún test de laboratorio en el campo de la psiquiatría. Dado que siempre hay más variabilidad en los resultados dentro de la categoría de los trastornos mentales que entre ella y otros trastornos mentales, ninguno de los prometedores descubrimientos biológicos ha logrado jamás convertirse en un test de diagnóstico. El cerebro no nos ha dado una solución asequible, miles de estudios sobre cientos de supuestos indicadores biológicos han resultado inútiles hasta la fecha. ¿Por qué es tan enorme la desconexión? ¿Por qué tanto conocimiento y tan poca utilidad práctica? Como dijo Roger Sperry en su discurso de aceptación del premio Nobel: «Cuanto más aprendemos, más admitimos la extrema complejidad del intelecto, más clara es la conclusión de que la individualidad intrínseca de nuestras redes cerebrales hace que, comparadas con ella, la de las huellas dactilares o la de los gestos faciales parezcan burdas y sencillas».⁸ Discernir los heterogéneos mecanismos subyacentes en el trastorno mental es una tarea que requerirá varias vidas. No habrá un solo camino a la esquizofrenia; puede haber docenas, tal vez cientos o miles.

El cerebro revela sus secretos muy lentamente y en dosis muy pequeñas. Todo descubrimiento asombroso acaba siendo un bluf que no aporta respuestas sencillas, no se reproduce completamente en el siguiente estudio y revela más complejidad heterogénea de la que explica. Usando una analogía con el mundo del béisbol, no hay grandes bateos ni avances a primera base, tan sólo muchas eliminaciones por strike y alguna carrera ocasional. Y ésta será siempre corta y lenta, sin ningún gran avance. No dispondremos de indicadores biológicos para trazar la línea divisoria entre normalidad y trastorno mental hasta que entendamos los innumerables mecanismos que provocan las diferentes formas de psicopatología. Y no habrá un Newton, un Einstein o un Darwin que aporte una gran teoría biológica unificadora al respecto, sino sólo pacientes científicos trabajando durante décadas para dilucidar una minúscula parte de un enorme rompecabezas de un billón de piezas. A medida que se vayan descubriendo, las causas del trastorno

mental explicarán (como sucede con el cáncer de mama) únicamente un pequeño porcentaje de los casos. El primer paso real serán las pruebas de laboratorio de la enfermedad de Alzheimer, las cuales probablemente estarán listas en los próximos años.

La ausencia de pruebas biológicas es una enorme desventaja de la psiquiatría. Ello significa que actualmente todos nuestros diagnósticos se basan en juicios subjetivos intrínsecamente falibles y sometidos a cambios caprichosos. Es como tener que diagnosticar una neumonía sin disponer de pruebas sobre los virus o las bacterias que provocan los diferentes tipos de infecciones pulmonares.

¿Puede acudir la psicología al rescate?

Lamentablemente no. Podemos realizar pruebas psicológicas a las personas hasta que se caigan de sueño y estén agotadas de tanto hablar, sin avanzar demasiado en la tarea de trazar la línea divisoria entre lo que es normal y lo que no lo es. La limitación de prácticamente todas las pruebas realizadas por los psicólogos es que la distribución de sus resultados sigue a nuestra vieja amiga, la campana de Gauss. La prueba puede decirnos con extraordinaria precisión dónde se sitúa exactamente una persona respecto al grupo, y saber la desviación estándar respecto a la media tiene a menudo un valor predictivo considerable. Sin embargo, las pruebas no nos dicen dónde situar los límites de lo que es normal. Eso lo determina el contexto, no el resultado de las pruebas.

Pensemos, por ejemplo, en los test de inteligencia. Dos desviaciones por debajo de la media de 100 te sitúan en un 70, lo cual predice dificultades en el colegio y en la vida. Dos desviaciones por encima de la media te sitúan en 130, lo cual predice éxito académico y profesional. No obstante, no hay ninguna razón para pensar que tener un CI de 70 sea realmente distinto de tener uno de 71 o incluso de 75.⁹ El test tiene un margen de error de 5 puntos, pueden haber intervenido numerosos factores que interfieren con la óptima realización de la prueba, y, en la

vida real, algunas personas actúan mucho mejor o peor de lo que cabría esperar a la luz de su coeficiente intelectual.

Establecer en 70 el único límite que determina claramente problemas de incapacidad intelectual no es más que una convención arbitraria sin más significación que el hecho de clasificar al 2,5 % de la población. Estos individuos probablemente tengan derecho a servicios y exenciones especiales que se les niegan a sus vecinos casi idénticos. Pero el límite de dos desviaciones estándar en un CI de 70 no tiene nada de sagrado; no tiene un significado en el mundo real. Límites ligeramente más altos o ligeramente más bajos tendrían igual o más sentido dependiendo de la situación. Si se dispone de más recursos, los servicios deberían ofrecerse a quienes tienen un coeficiente intelectual superior a 70. En algunos entornos, a las personas con un CI de 70 les va razonablemente bien. Además, ¿quién dice que el límite tiene que estar en dos desviaciones estándar? ¿Por qué no 1, o 3, o 1,5? La elección es siempre arbitraria y determinada por el contexto, no por la estadística.

Se pierde el sentido. Un inquietante ejemplo es la reciente sentencia del Tribunal Supremo de EE.UU., que declara inconstitucional la aplicación de la pena de muerte a personas que padecen un retraso mental. La vida y la muerte dependen ahora de la distinción estúpida y artificial que supone tener un CI de 70 en lugar de 71.¹⁰

¿Qué sucedería si aplicásemos el límite de dos desviaciones estándar (2,5 %) a la psiquiatría y de repente fuera necesario que las personas se alejasen esa distancia del número áureo de la salud mental para poderseles diagnosticar un trastorno mental? La mayoría de los psiquiatras y otros especialistas en salud mental perderían su trabajo y tendrían que vivir de las prestaciones por desempleo. Hace cien años, la psiquiatría se limitaba a las personas gravemente enfermas internadas en hospitales y había muy poca gente empleada para cuidar de ellas. Desde entonces, hemos ido subiendo por la curva hasta acercarnos al promedio, de manera que actualmente se considera que entre un 20 % y un 25 % de las personas sufren trastornos mentales y hay más de medio millón de personas dedicadas a su cuidado. Utilizando el paradigma del test psicológico, podemos comparar a las per-

sonas con mucha precisión, pero no hay forma de decidir si hay que trazar la línea entre la normalidad y la anormalidad en el 2,5 % o el 25 % de la población.

¿Tienen la respuesta los sociólogos o los antropólogos?

Pues no. Las costumbres humanas varían demasiado drásticamente según el tiempo, el lugar y las culturas, para que pueda haber una respuesta fácil. Comparemos por ejemplo a un millón de personas dispuestas a morir de hambre durante el sitio de Leningrado por no incumplir la norma contra ingerir proteínas procedentes de carne humana, con un habitante perfectamente normal de Nueva Guinea que hasta hace bastante poco tiempo no se lo pensaba dos veces a la hora de cocinar el cuerpo o comerse el cerebro de un enemigo muerto. Hace doscientos años, la edad normal para contraer matrimonio en todas partes del mundo se situaba alrededor de la pubertad (y en muchos lugares sigue siendo así), pero actualmente se considera delito en nuestra sociedad. Al haber una mayor esperanza de vida, ahora es normal casarse a una edad a la que, hasta hace poco, era probable haber muerto.

Los principios culturales son la excepción, con tan sólo unas cuantas normas unánimes (por ejemplo, no asesinar a miembros de la propia tribu, restricciones al incesto, o algún tipo de estructura familiar). Las culturas difieren enormemente en su concepción de lo que es normal, porque tienen que hacer frente a diferentes retos de supervivencia. Para evitar la endogamia, los esquimales aislados geográficamente encontraban normal ofrecer a sus mujeres a los extranjeros que estaban de paso. En cambio, los griegos clásicos y los árabes modernos han creado normas muy estrictas para impedir cualquier tipo de exposición de las mujeres a genes extraños para que la transmisión hereditaria de la propiedad siga exclusivamente la línea de sangre patriarcal. Para los aborígenes desesperadamente necesitados de proteínas, las hormigas son una fuente de alimento perfectamente normal, mientras que comerlas habitualmente en Los Ángeles indicaría, según el DSM, que se padece el trastorno conocido como Pica. El contexto puede determinarlo todo: el

asesinato es un acto heroico y normal cuando se comete contra enemigos extranjeros, pero es atroz y anormal si se comete dentro de la propia tribu.

Incluso en una época y lugar determinados hay normas contradictorias. Durkheim¹¹ creó la sociología hace más de un siglo, con estadísticas fascinantes que documentaban la predecible divergencia entre lo normal desde un punto de vista moral y desde un punto de vista estadístico.

Todas las sociedades prohíben el crimen, pero los crímenes abundan por doquier. Desde un punto de vista estadístico es perfectamente normal, pero absolutamente anormal desde un punto de vista legal. Las sociedades acostumbran también a prohibir el suicidio, pero la tasa de suicidios en todos los países es considerablemente regular año tras año a pesar del hecho de que el suicidio es la decisión humana más personal. La implacabilidad puede ser muy apreciada tanto entre los pandilleros como entre los dirigentes empresariales, pero adoptará formas muy diferentes y será recompensada y castigada de maneras muy distintas en cada caso.

Las tendencias normativas también varían según el género. Los machos están más adaptados a luchar por el amor y la gloria, en consonancia con su lucha existencial para acceder a las hembras, su papel destacado en la guerra contra otras tribus y las necesidades de la caza. Las hembras suelen tener más habilidades innatas para la cría y la recolección de alimentos. Sin embargo, hay enormes diferencias individuales y culturales por lo que respecta a la conducta masculina o femenina.

Así que, al menos de momento (hasta que Facebook logre homogeneizar el planeta en una enorme y aburrida red social), la normalidad es una quimera sociológica. No existe una norma que determine la normalidad.

¿Y Freud?

Freud era un tipo muy listo que fue sobrevalorado cuando estaba vivo y ahora paga el precio al ser enormemente infravalorado. Sus reflexiones acerca del funcionamiento de la mente

se basan de algún modo en el azar, pero no cabe duda de que marcó un gol al darse cuenta del poderoso papel que juega el inconsciente a la hora de guiar las conductas cotidianas más elevadas y más mundanas. A Freud le encantaba revelar las similitudes subyacentes en los sueños, las obras de arte, los mitos, y en los síntomas neuróticos y psicóticos de los pacientes psiquiátricos. Utilizaba los sueños para descubrir el significado de los síntomas, los síntomas para descubrir el significado de los mitos y las fantasías de sus pacientes para interpretar a Hamlet y a Edipo. La literatura y los mitos podían utilizarse también para entender a sus pacientes y, de manera recíproca, las enfermedades de sus pacientes le ayudaban a explicar la literatura y los mitos.

El modelo psicoanalítico tendía a abarcarlo todo, pero había una importante excepción: no hay lugar para la normalidad. Freud hacía hincapié en que todos estamos en el mismo barco. No apreciaba una gran diferencia cualitativa entre el artista y el lunático, y ambos se parecen al resto de nosotros cada noche cuando sueñan. Todos debemos reprimir los impulsos prohibidos que están siempre a punto para aparecer en nuestros sueños, síntomas u obras de arte; sólo somos diferentes en cuanto al equilibrio de fuerzas y sus medios de expresión. Para Freud, nadie es completamente normal; todo el mundo es neurótico y podría utilizar más su intelecto. Lo máximo a lo que puede aspirar un tratamiento exitoso es a convertir el sufrimiento neurótico en infelicidad humana cotidiana. No hay normalidad; ningún indicador de un límite que diga que es necesario un tratamiento o cuándo éste debería finalizar.¹² La gran paradoja tácita del arduo proceso del psicoanálisis es que los mejores pacientes son aquellos que en realidad no lo necesitan.

Lo anormal también es difícil de definir

Proteo era el dios griego del mar que adoptaba diferentes formas, allegado de las Moiras y conocedor de los secretos del pasado, del presente y del futuro. Sin embargo, Proteo era astuto y se mostraba reticente a compartir su saber, a menos que

alguien lo agarrara mientras dormía y resistiese mientras él ejecutaba una sucesión de cambios de forma rápidos, terroríficos y difíciles de soportar. No resultaba fácil agarrar firmemente a un león rugidor que podía transformarse de repente en agua, en un toro embistiendo, o en cualquier otra cosa imaginable. Proteo es la personificación de las cosas líquidas, insabibles, indefinidas y mutables; las cosas que no admiten una definición clara.

«Trastorno mental» y «normalidad» son conceptos extremadamente proteicos, tan amorfos, heterogéneos y cambiantes que resulta imposible establecer límites fijos entre ambos. Generalmente, las definiciones de trastorno mental requieren la presencia de desconuelo, discapacidad, disfunción, descontrol y/o desventaja. Esto suena mejor como aliteración de lo que funciona como guía operativa. ¿Cuánto desconuelo, discapacidad, disfunción, descontrol y desventaja tiene que haber y de qué tipo?¹³ He revisado docenas de definiciones de trastorno mental (y yo mismo he escrito una en el DSM IV), pero no he encontrado ninguna que sea mínimamente útil para determinar qué condiciones deberían considerarse trastornos mentales y cuáles no, o para decidir quién está enfermo y quién no.¹⁴⁻¹⁸

No disponer de una definición útil de trastorno mental crea una enorme brecha en el centro de la clasificación psiquiátrica que da como resultado dos interrogantes sin respuesta: cómo decidir qué trastornos hay que incluir en el manual de diagnóstico y cómo decidir si un individuo determinado padece un trastorno mental. Comer compulsivamente se consideraba en su día un pecado; ¿debería ahora considerarse un trastorno psiquiátrico? ¿La pérdida de memoria que tiene lugar en la vejez es una enfermedad o simplemente vejez? ¿Tener relaciones sexuales con un menor es únicamente un delito o también un signo de locura?

Al evaluar a una persona determinada, carecemos de una definición general de trastorno mental que nos ayude a decidir si es normal o no; si está loca o es mala.^{19,20}

Los trastornos mentales incluidos en el DSM 5 no han adquirido su estatus oficial tras un proceso racional de eliminación. Se han incorporado al sistema y han sobrevivido gracias a necesidades prácticas, accidentes históricos, adiciones graduales, precedentes e inercia, no gracias a haber cumplido una serie

de criterios definidores independientes, abstractos y universales.^{21,22} Por tanto, no resulta sorprendente que los trastornos del DSM sean una especie de batiburrillo sin coherencia interna y no mutuamente excluyentes. Algunos trastornos mentales describen estados de poca duración, otros, rasgos permanentes de la personalidad; algunos reflejan sufrimiento interior, otros mala conducta; algunos representan problemas que nunca o casi nunca se dan en personas normales, mientras que otros no son más que leves agudizaciones de los problemas cotidianos; algunos reflejan demasiado poco autocontrol, y otros demasiado; algunos son intrínsecos a la persona, otros vienen determinados por la cultura; algunos se inician a edad temprana, otros surgen únicamente en la edad adulta; algunos afectan al pensamiento, otros a las emociones, a los comportamientos o a las relaciones interpersonales; algunos parecen más biológicos, otros más psicológicos o sociales; algunos están respaldados por miles de estudios de investigación, otros por apenas unos cuantos; algunos está claro que tienen cabida en el DSM, otros podrían haber quedado fuera y tal vez deberían ser eliminados; algunos están definidos claramente, otros no; y hay permutaciones complejas de todas estas posibles diferencias.

A veces bromeo diciendo que la única forma de definir un trastorno mental es como «aquel que los especialistas tratan, los investigadores investigan, los educadores enseñan, y por el que pagan las compañías de seguros». Desgraciadamente, esta «definición» práctica es flexible, tautológica y potencialmente interesada, y se centra en hábitos prácticos en lugar de guiarlos. Cuanto mayor sea el número de especialistas en salud mental, mayor será el número de condiciones vitales que se abran paso hasta ser calificadas como trastornos. A mediados del siglo XIX, sólo se enumeraban seis trastornos en el censo inicial de pacientes mentales; actualmente son cerca de doscientos. Al parecer, la sociedad tiene una capacidad insaciable (incluso un ansia) de aceptar y aprobar nuevos trastornos mentales que ayuden a definir y encontrar una nueva explicación convincente a sus nuevas inquietudes.

¿Los trastornos mentales son enfermedades, mitos u otra cosa?

Algunos críticos radicales con la psiquiatría se han aferrado a las ambigüedades de sus definiciones para argumentar que dicha profesión no debería existir. Alegan la dificultad de encontrar una clara definición de trastorno mental como prueba de que el concepto carece de significado útil; si los trastornos mentales no son enfermedades médicas definidas anatómicamente, deben de ser «mitos» y no hay una verdadera necesidad de molestarse en diagnosticarlos. Esta postura es del agrado sobre todo de los libertarios preocupados por proteger la libertad de elección del paciente de lo que consideran trampas esclavizadoras de la psiquiatría. Llevan la idea de «salvar a las personas normales» hasta el extremo; se trata de la postura tremendamente ilógica de que todo el mundo es normal.

Este dogma sólo puede ser asumido por teóricos de salón sin ninguna experiencia real en enfermedades mentales. Por muy difícil que sea de definir, el trastorno psiquiátrico es una realidad demasiado dolorosa para quienes la sufren y para quienes los atienden.²³ Salvar a las personas normales, en el sentido en que utilizo dicha expresión, no pretende negar el valor del diagnóstico y tratamiento psiquiátricos. Más bien se trata de un intento de hacer que la psiquiatría continúe haciendo lo que sabe hacer dentro de sus propios límites. Cualquiera de los extremos es igual de peligroso: un concepto expansivo de trastorno mental que elimine la normalidad o un concepto expansivo de normalidad que elimine el trastorno mental.

La mejor manera de entender la esencia del trastorno mental –lo que es y lo que no es– es comparar las bolas y los strikes señalados por tres árbitros diferentes. La mayor parte de la epistemología se reduce a sus opiniones opuestas sobre cómo podemos percibir la realidad.

Primer árbitro: «Hay bolas y hay strikes y los señalo como son».

Segundo árbitro: «Hay bolas y hay strikes y los señalo como los veo».

Tercer árbitro: «No hay bolas ni strikes hasta que yo los señale».

El árbitro 1 cree que los trastornos mentales son auténticas «enfermedades»; el árbitro 3 que son «mitos» fantasiosos; el árbitro 2 que son algo intermedio: conceptos útiles que no proporcionan nada más (ni nada menos) que la mejor hipótesis para solucionar los desórdenes psiquiátricos.

El árbitro 1 confía en nuestra capacidad para detectar la verdadera esencia de las cosas. Para él, el trastorno mental revelará pronto sus secretos a través del estudio científico. Este optimismo era compartido por la mayoría de los psiquiatras biológicos hasta hace unos quince años, pero, a excepción de unos pocos irreductibles, se está desvaneciendo rápidamente. Miles de millones de dólares en investigación no han conseguido aportar pruebas convincentes de que cualquier trastorno mental sea una dolencia diferenciada con una causa unitaria.^{24,25,26} Se han «encontrado» docenas de genes candidatos diferentes, pero, según estudios posteriores, han resultado ser un fiasco. Los trastornos mentales son demasiado heterogéneos en cuanto a su presentación y a su causalidad como para ser considerados simples dolencias; en cambio, cada uno de los trastornos definidos acabará resultando en muchas enfermedades diferentes. Al menos de momento, el árbitro ha señalado strikes.^{27,28,29}

El árbitro 3 presenta exactamente la visión opuesta, la duda escéptica y solipsista de que el hombre pueda llegar a aprehender la proteica realidad y apreciar las cosas como realmente son. Sostiene que los trastornos mentales no son más que «mitos» arbitrarios y a veces perniciosos que limitan injustamente la libertad de elección de los pacientes psiquiátricos. Le preocupa la resbaladiza pendiente que podría llegar a extenderse a otros grupos vulnerables.³⁰ De hecho, hay motivos para esta preocupación; actualmente se abusa de los diagnósticos psiquiátricos para encarcelar a violadores en EE.UU. y a los campesinos que protestan por la corrupción en China, y antes sirvieron de excusa para hospitalizar a los disidentes políticos en la Unión Soviética.

Por supuesto, es indispensable evitar el abuso de la psiquiatría al servicio de intereses legales o políticos, pero el árbitro 3 exagera sus argumentos. Los trastornos mentales no son mitos. A pesar de no tratarse de una enfermedad definida (por ejemplo un tumor cerebral o un derrame), la esquizofrenia pro-

voca una dolencia profunda y prolongada; es decir, angustia e incapacidad. Los patrones en que se presenta son claramente reconocibles, pueden diagnosticarse de manera fiable, se dan en familias, tienen correlación en los escáneres cerebrales, un curso predecible, y responden a tratamientos específicos. Para quienes la sufren y sus allegados, la esquizofrenia es claramente real y no se trata de una invención psiquiátrica.

El árbitro 2 es el que más se aferra a la esquiva realidad, lo cual resulta paradójico, ya que entiende y acepta que sólo podemos conocerla de manera parcial. Desde luego, la realidad es «proteica», cambia constantemente y es difícil de aprehender. Sin duda, hay una brecha enorme entre cómo son las cosas realmente y cómo las percibimos, y no sólo en psiquiatría. Solamente el 4 % del universo conocido puede detectarse directamente por nuestros sentidos; el resto es energía y materia «oscura». El mundo cuántico es tan fantásticamente discordante del nuestro que ni siquiera los físicos que pueden predecir matemáticamente cada característica del mismo son capaces de encontrar una manera intuitiva de relacionarse con él. ¿Cómo es posible que la luz sea una onda que de repente se transforma en una partícula justo cuando decidimos mirarla de una manera determinada?

La esquiva realidad no desanima al árbitro 2. No tenemos que percibir o comprender plenamente la naturaleza subyacente de nuestro mundo para gestionarlo bien. Nuestros sentidos y nuestra capacidad de razonamiento han evolucionado como lo han hecho porque funcionan bien en el asunto cotidiano y no filosófico de la supervivencia. Los conceptos mentales de realidad son imperfectos pero indispensables, son formas de organizar los desconcertantes fenómenos del mundo.

El árbitro 2 «los señala como los ve». Los trastornos mentales no son enfermedades reales como le gustaría al árbitro 1, pero tampoco son los peligrosos mitos que teme el árbitro 3. En cambio, sigue un tipo realista de pragmatismo utilitarista. Su mirada de árbitro se fija en lo que funciona mejor; no le distrae el reduccionismo biológico ni la duda racionalista. Acepta que constantemente elaboramos percepciones y encontramos significados temporales útiles pero nunca exactos del todo. Nuestra clasificación de trastornos mentales no es más que una reco-

pilación de conceptos falibles y limitados que tratan sin éxito de encontrar la verdad, pero actualmente sigue siendo la mejor manera de expresar, tratar e investigar los trastornos mentales.

La esquizofrenia es un concepto útil, no un mito ni una dolencia. Es la descripción de una serie determinada de problemas psiquiátricos, no una explicación de sus causas. Algún día tendremos un conocimiento mucho más exacto y formas más precisas de describir estos mismos problemas. Pero, por ahora, la esquizofrenia es muy valiosa en nuestro trabajo cotidiano. Lo mismo sucede con el resto de los trastornos del DSM. Está bien conocer y utilizar las definiciones del DSM, pero no cosificarlas o venerarlas.^{31,32}

La definición de trastorno en el mundo

¿Qué sucede con la potencialmente distorsionadora lente de la cultura? ¿Se presentan del mismo modo los trastornos mentales en todas partes, o cada cultura necesita su propio sistema de diagnóstico? La respuesta parece ser que, normalmente, uno solo se ajusta a casi todas. Aunque el comportamiento «normal» varía según la cultura, los trastornos mentales concretos son bastante uniformes. La demencia, la psicosis, la manía, la depresión, los ataques de pánico, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad han sido descritos en todas las épocas y en todas partes, y actualmente aparecen en estudios epidemiológicos de todo el mundo. Cuando los índices de los trastornos difieren (por ejemplo cuando en EE.UU. se diagnostica esquizofrenia a más personas de raza negra), ello se debe a la parcialidad o a puntos ciegos culturales por parte de los evaluadores, no a auténticas diferencias en los pacientes evaluados.³³

Actualmente, en el mundo se utilizan dos sistemas de diagnóstico que se solapan: el DSM IV (traducido a 22 lenguas) y la CIE 10, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (traducida a 42 lenguas).³⁴ El DSM 5 y la CIE 10 son en realidad muy parecidos; no es extraño, ya que son parientes muy cercanos. Ambos no son más que pequeñas modificaciones del mismo predecesor, el DSM III, y fueron elaborados al mismo

tiempo, tratando de lograr la armonía. Como sucede con los hermanos, hay rivalidad entre los sistemas. Hasta ahora, el del DSM ha sido más influyente, pero tendrán que pasar varios años para poder juzgar si el DSM 5 o la CIE 11 (cuya publicación está prevista para alrededor de 2016) ganan la siguiente ronda de la competición. De momento, los méritos relativos del DSM y la CIE son bastante evidentes: el DSM se utiliza mucho más a menudo en investigación; en cuanto al trabajo clínico en los países desarrollados son más o menos iguales; y la CIE es más adecuada para los países en vías de desarrollo que necesitan un sistema más sencillo.³⁵

La pregunta más fascinante es por qué ambos sistemas de diagnóstico han logrado tal grado de aplicabilidad entre todas las razas y culturas del mundo. Está claro que los humanos tenemos más similitudes que diferencias, y nos parecemos mucho a la hora de definir normalidad y trastorno mental.

En los trastornos mentales no hay diferencias raciales de origen genético. ¿Cómo es posible tal uniformidad? Comparados con otras especies, los humanos tenemos un patrimonio genético considerablemente homogéneo. Pruebas genéticas y geológicas coinciden en la teoría de que hace unos 70.000 años hubo una enorme mortalidad provocada por la gigantesca erupción de un volcán en la zona que correspondería a la actual Indonesia.³⁶ Nuestra especie casi desapareció a causa del prolongado cambio climático, y ahora todos somos descendientes de las pocas miles de parejas que sobrevivieron. A pesar de todos los problemas que originan, las diferencias raciales son literalmente superficiales, recientes, y presentan relativamente pocas diferencias en lo tocante a cómo se manifiestan los problemas médicos y mentales.

La cultura tiene un papel mucho más importante, pero solamente influye en las manifestaciones superficiales. Los trastornos psicóticos breves y las manifestaciones de síntomas físicos son mucho más comunes en las zonas más pobres del mundo, mientras que la anorexia nerviosa y el déficit de atención lo son en las más ricas. A la hora de diagnosticar y tratar es indispensable ser consciente de las diferencias culturales, pero éstas no son tan grandes como para requerir sistemas de diagnósti-

co diferentes en las distintas partes del mundo. En general, los humanos son bastante parecidos genética y culturalmente, de manera que un único sistema de diagnóstico (ya sea el DSM o la CIE) es lo suficientemente flexible para dar cabida a todas las posibilidades.

La definición de los trastornos mentales individualmente

La mala noticia de que no podemos desarrollar una definición útil del concepto general de «trastorno mental» queda contrarrestada por la excelente noticia de que podemos definir con bastante facilidad cada uno de los trastornos mentales específicos. El método, introducido por el DSM III en 1980, es sencillo y eficaz. La descripción de cada trastorno recogido en el DSM va acompañada de una serie de criterios que enumeran en términos bastante precisos los síntomas que lo definen, cuántos tienen que estar presentes y qué duración deben tener. Por ejemplo, un episodio depresivo grave viene definido por la presencia de cinco o más de los síntomas siguientes durante más de dos semanas, provocando malestar o incapacidad clínicamente significativos: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, disminución del apetito, alteraciones del sueño, fatiga, agitación, culpa, confusión mental y tendencias suicidas. Los especialistas clínicos de todo el mundo han utilizado esta definición consensuadamente durante más de treinta años. Si se dan sólo cuatro en lugar de cinco de estos síntomas, no se diagnostica depresión, y lo mismo sucede si se manifiestan durante una semana en lugar de dos, o si la discapacidad que provocan no es para tanto. Hay alrededor de 200 series de criterios en el DSM; una por trastorno. Establecen los límites que separan los trastornos mentales de la normalidad y entre sí. Cada serie de criterios recoge los síntomas que definen ese trastorno concreto (pánico, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, déficit de atención, autismo, etc.) y el umbral requerido. Cuando los clínicos siguen los criterios, logran un acuerdo considerable. Sin ellos no hay acuerdo. Cada clínico dicta sus propias reglas y el resultado es una confusa torre de Babel de opiniones contrapuestas e

idiosincrásicas. La psiquiatría depende enormemente de series de criterios para lograr un acuerdo en cuanto a sus diagnósticos.

Pero hay una trampa. Las líneas divisorias que delimitan los diferentes trastornos son siempre mucho más borrosas en la vida real que sobre el papel. Realmente, no hay nada mágico ni predeterminado en ninguno de los umbrales del DSM; entre los límites aparentemente blancos y negros hay una amplia gama de grises. El hecho de requerir la presencia de cinco síntomas durante dos semanas para poder diagnosticar un trastorno depresivo mayor deriva de una decisión bastante arbitraria, no de una necesidad científica. Por la misma regla de tres, los requisitos podrían haber sido superiores, exigiendo, por ejemplo, seis síntomas durante cuatro semanas. Con un umbral más exigente perderíamos «sensibilidad» (quedarían fuera personas enfermas necesitadas de diagnóstico), pero ganaríamos «especificidad» (diagnosticando a menos personas normales de manera errónea). Sensibilidad y especificidad están entrelazadas recíprocamente, no se puede favorecer a una sin perjudicar a la otra. Hay una inevitable interdependencia entre ambas que exige un equilibrio adecuado de los riesgos y beneficios del exceso y el defecto de diagnósticos. La decisión final acerca de dónde situar el listón es siempre subjetiva; la investigación nunca proporciona una respuesta clara y convincente que determine la elección de un umbral concreto frente a otras posibilidades.

Una vez establecida una serie de criterios, debería haber una buena razón para cambiarla; de lo contrario, el sistema no sólo sería arbitrario, sino también incoherente y confuso. No obstante, esto nos plantea un problema. Muchas de las categorías y umbrales actuales fueron creadas hace treinta y cinco años, cuando la sensibilidad era el objetivo primordial, ya que demasiada gente necesitada de diagnóstico quedaba fuera. Ahora, las circunstancias han cambiado drásticamente y la falta de especificidad es el problema principal. Antes del DSM III había demasiado pocos diagnósticos; ahora, debido a la inflación diagnóstica, hay demasiados. Elevar los umbrales de gravedad y duración contribuiría a «salvar a las personas normales» y evitar los excesos, pero crearía inestabilidad y reduciría la sensibilidad. No se puede tener todo.