

Consideraciones sobre la locura: víctimas y victimarios

Carlos Pérez Soto
Profesor de Estado en Física

1. ¿Por qué tratamos tan mal a los locos? Individualmente, de manera social, cultural, la respuesta más habitual frente a la caracterización de locura de alguien concreto es un patrón de estigmatización, de desconfianza a priori, de sostenida hostilidad.

Nadie quiere espontáneamente hacerse cargo de un loco. Solo lo hacemos, en general, porque no tenemos medios, o racionalizaciones oficiales suficientes. Las familias que “cargan” con un loco frecuentemente se victimizan, presentan su situación ante los demás con dramatismo, como una fatalidad no deseada, suelen relatar con insólito detalle los contratiempos, las incomodidades, las dificultades cotidianas, graves, no tan graves o simplemente anecdóticas, como testimonio de sus sufrimientos. Y en sus relatos suelen describir no solo las realidades exóticas, sorprendentes o incluso peligrosas que les toca vivir, sino también, con el mismo detalle, suelen hacerse cargo de los mismos lugares comunes que profesan los que no tienen contacto directo con tales experiencias, y “documentarlos” sobre interpretando hasta actitudes o gestos mínimos, que en cualquier otra circunstancia pasarían como casuales, divertidos o simplemente extraños, sin la urgencia y el dramatismo de lo potencialmente peligroso.

Cuando pasamos de las angustias, probablemente muy comprensibles, de las familias, a la disciplina que debe abordar el problema de la locura de una manera supuestamente objetiva, con la parsimonia de la investigación y la intervención científica, el panorama se hace de pronto abruptamente alarmante. Si, por un lado, podemos comprender el sobresalto y la preocupación del entorno familiar como producto de la alteración objetiva, la falta de preparación adecuada, la carga del simple sentido común, por otro lado, en aquellos que suponemos deberían estar preparados, los que deberían actuar sin precipitación ni sobresalto, alejarse del sentido común para considerar los hechos con el tranquilo racionalismo que le atribuimos a la ciencia, lo que encontramos es una actitud doblemente estigmatizadora, extrañamente insensible, y también, con alarmante frecuencia, extremadamente cruel.

Las reflexiones que quiero hacer en este texto giran completamente en torno a esta segunda actitud, la de los profesionales dedicados a abordar el problema de la locura, y al universo social y cultural que la sostiene. Quizás solo desde allí se puede comprender la profunda preocupación de las familias que “cargan” con un loco. Se puede entender que se sientan ellas más víctimas que el afectado mismo, y que traten de expresar su carácter de víctimas incluso por sobre la situación del ser humano que les ha tocado “soportar”.

2. Desde luego, y como consideración mínima e inicial, mi opinión es que para que el estudio de la situación sea medianamente útil es necesario descartar la idea de que la crueldad psiquiátrica tenga origen en personas particularmente malvadas, con una voluntad implícita y quizás inconsciente de dañar. Cuando se examina la historia de la psiquiatría y el testimonio de sus protagonistas se puede encontrar incluso exactamente lo contrario: una aguda consciencia de que el deber primero es aliviar el dolor, contribuir al bienestar del “enfermo”, investigar las vías posibles de su curación.

Desde un punto de vista metodológico, y también en virtud de los testimonios y eventos disponibles, me parecería una hipótesis extremadamente poco plausible suponer que esos discursos no son sino un conjunto de hipocresías, o la manifestación hipócrita de una conspiración general.

Es muy importante consignar también la presencia permanente, a lo largo de toda la historia de la psiquiatría moderna, de corrientes que en la teoría y en la práctica han ejercido convicciones e intervenciones profundamente humanistas, reconocedoras, promoviendo la integración social de los afectados, criticando el maltrato en manicomios y los tratamientos aversivos. Los manicomios

españoles, en los siglos XV y XVI, administrados por religiosos que siguieron muy de cerca las teorías y prácticas árabes; los movimientos de usuarios en Estados Unidos, desde principios del siglo XX, como los organizados por Clifford W. Beer, William R. Dunton y Adolf Meyer; los esfuerzos de la tradición psiquiátrica fenomenológica por entender la racionalidad interna de la locura.¹ Ninguno de estos enfoques, sin embargo, ha formado parte de lo que podría considerarse como corriente principal de la profesión. Es en esa corriente principal, fundada en una fuerte orientación biológica, neurológica, donde se registran con impresionante claridad las situaciones de violencia objetiva que me interesa comentar aquí.

Para evitar la apelación a teorías conspirativas, o la reducción a situaciones puntuales, y para caracterizar mejor la situación es preferible distinguir entre el *abuso objetivo* y el *abuso subjetivo*. Hay abuso objetivo sobre un ser humano cuando se lo daña de manera real, en condiciones tales que se encuentra totalmente y de hecho incapacitado para responder o liberarse, independientemente de las intenciones o la voluntad expresa o implícita del victimario. En el abuso subjetivo, en cambio, el victimario posee, lo asuma conscientemente o no, una particular voluntad o ánimo de dañar, ya sea como represalia, como forma de prevenir un peligro que le parece grave, o simplemente por el placer de hacerlo.

Por supuesto, cuando se examinan las condiciones del encierro psiquiátrico clásico, e incluso la mayoría de las internaciones actuales, se pueden encontrar situaciones de abuso en sentido subjetivo. No es difícil encontrar en los manicomios personas crueles, que pasan a llevar los derechos de los internados de manera particularmente grave, a veces simplemente delictual, y que luego encubren sus abusos manifiestos en el discurso psiquiátrico. Mi opinión es que por muy frecuentes que sean estos casos lo que se debe hacer es denunciar, y producir condiciones del eventual encierro que tiendan a evitarlos. Para el análisis, sin embargo, a pesar de su gravedad, son situaciones relativamente triviales y, por consiguiente, fáciles de rebatir, y de combatir. Son casos en que tenemos al derecho, y a la buena voluntad del gremio psiquiátrico, básicamente de nuestro lado.

Lo interesante, lo conmovedor y profundo, en cambio, es el *abuso objetivo*. El abuso manifiesto sobre seres humanos desprotegidos, sin posibilidades reales de resistir o siquiera de opinar, recorre la historia de la psiquiatría moderna desde sus inicios perfectamente de la mano de las mejores intenciones humanitarias y curativas de los profesionales científicos que lo ejercen.

3. Se suele pensar que este abuso manifiesto forma parte del pasado “medieval” de la psiquiatría. Una enumeración simple, inmediata, permite despejar este mito. La práctica de producir intencionalmente graves estados febriles en los “enfermos” bajo la teoría de que podrían matar la infección residente en el cerebro y causante de la locura, ideada por Julius Wagner von Jauregg (1917), para lo cual les inyectaba sangre contaminada con malaria. La idea de que los enfermos “esquizofrénicos” reaccionaban positivamente tras producirles estado de intenso shock. Ladislav Meduna (1934) pensó que esos estados de shock eran necesarios porque la esquizofrenia era incompatible, o antagonista, de la epilepsia, donde tales estados se presentaban. Una idea que no solo no tenía una base empírica extremadamente débil sino que, además, no contaba con la más mínima plausibilidad teórica, incluso de acuerdo al saber predominante en su época. Aun así, procedió a producir estados shock a través de crisis de tipo epiléptico inyectando primero alcanfor (sí, el mismo que se usa para espantar a las polillas), y luego inyectando pentilenotetrazol (Metrazol), un fármaco

¹ Hay que considerar, sin embargo, la casi nula presencia de estas tradiciones en la consciencia que la profesión psiquiátrica actual mantiene, tanto en la reconstrucción de su historia como en su enseñanza. Es curioso observar que, para la enseñanza de la psiquiatría, estas experiencias forman parte más bien de la tradición de la Terapia Ocupacional, o incluso de la Antropología Social, y no de la psiquiatría misma. También es importante consignar, en este contexto que, para la psiquiatría, las prácticas de la Terapia Ocupacional solo constituyen una disciplina “auxiliar” en su labor.

aún más agresivo. Manfred Sakel (1933) introdujo la idea de producir el shock necesario en los “enfermos” produciendo graves estados de coma diabético a través de sobredosis de insulina. Ugo Cerletti (1938), convencido de que lo importante era el shock, más que el medio a través del cual se producía, aplicó corriente eléctrica directamente al cráneo de sus pacientes. Antonio de Abreu, que solía firmar con el pseudónimo Egaz Moniz (1935), algo más radical, consideró que lo que había que hacer era simplemente destruir las localizaciones cerebrales en que residía la locura, y procedió a inyectar, a través del cráneo, sustancias ácidas que produjeran esa destrucción de tejidos, y luego, en un perfeccionamiento de su técnica, procedió simplemente a producir una perforación en el cráneo a través de la cual introducía un “leucotomo”, es decir, una navaja fina con la que revolvió la sustancia cerebral hasta producir la destrucción deseada.

Es bueno saber que la técnica de la malaria permitió que Julius von Jauregg recibiera el Premio Nobel de medicina en 1927, a pesar de que luego cayó rápidamente en descrédito cuando van Jauregg se declaró nazi, y partidario de practicar la eugenesia con locos, gitanos, epilépticos y judíos. También hay que saber que Egaz Moniz obtuvo el Premio Nobel de medicina en 1949, por su desarrollo de la técnica de destrucción neuronal a la que llamó lobotomía, la que luego llegó a ser considerada ineficaz y abusiva hasta ser prohibida en casi todo el mundo a lo largo de los años 80. Tanto Ugo Cerletti como Ladislav Meduna fueron ampliamente homenajeados y respetados en las comunidades científicas en que ejercieron a pesar de que todos los informes contemporáneos, publicados incluso por ellos mismos, carecen completamente de una base teórica fundada o siquiera verosímil, a pesar de que el éxito alcanzados por sus técnicas, declarado por ellos mismos, nunca alcanza más del 50% de los casos tratados, y no fueron sometidos al menor intento de seguimiento hasta diez o veinte años después de su introducción, cuando su ineficacia era manifiesta, y cuando aparecieron nuevos tratamientos farmacológicos promovidos por poderosos intereses comerciales.²

4. Se puede documentar este abuso objetivo todavía en dos direcciones que, nuevamente, contribuyen a despejar el mito de que la crueldad psiquiátrica es un asunto del pasado, o que se da solo en contextos subjetivos acotados y particulares. Se la encuentra como una constante tanto hacia el pasado (siglos XVII a XIX) como en la presente “revolución” farmacológica.

Por un lado, al examinar la forma en que fueron introducidos los fármacos supuestamente antipsicóticos y antidepresivos a lo largo del siglo XX se encuentra una historia bastante oscura de experimentación sobre seres humanos indefensos, propaganda comercial completamente sobre dimensionada en torno a cuadros psiquiátricos y supuestas “curaciones”, y una increíble tendencia a omitir, soslayar o desvalorizar, las consecuencias de su consumo: la adicción, los graves efectos neurológicos, los daños en otros sistemas orgánicos.

Nuevamente se observa aquí una desproporción flagrante entre la vaguedad del fundamento teórico proclamado, su falta de plausibilidad y de control de acuerdo a los estándares de la metodología científica, y el entusiasmo por fármacos que solo impiden la manifestación de los síntomas, sin remitirlos, que no operan sobre el cuadro subyacente, que no muestran eficacia a mediano plazo ni impiden la recaída en los comportamientos para los que han sido prescritos. Fármacos que, según se dice, de modo “secundario”, afectan visiblemente la salud general del consumidor, efectos para los

² Para obtener un panorama cercano de estas innovaciones psiquiátricas ver, por ejemplo, la reseña de la obra de Meduna hecha por un simpatizante de sus obras: Max Fink, *Meduna and the origins of convulsive therapy*, en *American Journal of Psychiatry*, 141:9, septiembre 1984, págs. 1034-1041. Sobre el electroshock, escrito también por una simpatizante, Roberta Passione, *Italian psychiatry in an international context: Ugo Cerletti and the case of electroshock*, en *History of Psychiatry*, 15(1), págs. 83-104, 2004. Una amplia y documentada historia de la lobotomía se puede encontrar en Elliot S. Valenstein, *Great and desperate cures* (1986), Free Press, 2010. Dos textos más polémicos y abiertamente críticos, que cuentan con un extraordinario respaldo de referencias e información son, Lucy Johnstone, *User and abusers of psychiatry* (1989), Routledge, Londres, 2000 y Robert Whitaker, *Mad in America* (2002), Basic Books, New York, 2010.

cuales es necesaria toda otra batería de fármacos que con frecuencia simplemente agravan el cuadro inicial generando un cuadro de escalamiento diagnóstico y terapéutico.³

Por otro lado, cuando se considera la tradición de la psiquiatría moderna, desde el siglo XVII, lo que se encuentra es una muy amplia y desarrollada base teórica que combina la anatomía y fisiología cartesiana con la tradicional teoría de los humores, heredada desde los griegos a través del enriquecimiento aportado por la medicina árabe. Es decir, encontramos un poderoso fundamento científico, capaz de aportar racionalizaciones sofisticadas y completas a sus diagnósticos y procedimientos.

Más allá de que hoy en día consideremos erróneas a tales teorías, el hecho es que quienes la ejercieron procedieron de acuerdo a lo que podía considerarse el mejor conocimiento científico disponible en su época, apoyado en una tradición de observaciones de más de dos mil años. Hay que notar, por ejemplo, que todavía Iván Pavlov, bastante avanzado ya el siglo XX, usaba las categorías de la teoría de los humores, combinándolas con sus observaciones del sistema nervioso.⁴

A la luz de esta combinación teórica las sangrías, la administración de purgantes, los baños de agua helada, e incluso los azotes o el curioso “zarandeador” de Pierre Chirac⁵, aparecen como procedimientos adecuados a lo que en su época podría considerarse racional, o científico, en ningún caso a una crueldad subjetiva y sistemática, como se lo presenta habitualmente.

Es decir, en una historia recurrente, el gremio psiquiátrico paralelamente estigmatiza su propio pasado, desvalorizándolo, y presentándolo como cúmulo de supersticiones e imperio de la arbitrariedad y, a la vez, sobrevalora de manera desmesurada su presente, presentado como “probadas” las investigaciones en curso, como realizadas las perspectivas apenas insinuadas y soslayando o simplemente omitiendo de manera flagrante sus debilidades, sus fallos, sus consecuencias no deseadas.

Frente a este doble estándar permanente, lo que me interesa es, de manera mucho más prudente, apuntar solo a la violencia objetiva o, mejor, a los aspectos objetivos de la violencia psiquiátrica, más allá de sus racionalizaciones, por sobre las innumerables explicaciones que procuran mostrarla como “única” posibilidad y, también, como ya he indicado, sin hacer una atribución de intenciones, de consciencia explícita, sin hacer la hipótesis de una conjura, de un ánimo conspiracional de ocultamiento. La violencia, la violencia sin más. Lo que me interesa es explorar el contexto más amplio, cultural, que podría explicarla.

³ Sobre la falta de fundamento científico de la acción eventual de los nuevos fármacos psiquiátricos se puede ver, Joanna Moncrieff, *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment* (2008), edición revisada, Palgrave, Macmillan, Londres, 2009. En castellano, Joanna Moncrieff, *Hablando claro, una introducción a los fármacos psiquiátricos*, Herder, Barcelona, 2013. Sobre las graves deficiencias en la validación de los fármacos psiquiátricos ver, Irving Kirsch, *The Emperor's New Drugs* (2010), Basic Books, Nueva York, 2010. Dos historias muy documentadas sobre la introducción de estos fármacos a lo largo del siglo XX: Edward Shorter, *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in Psychiatry* (2009), Oxford University Press, Oxford, 2009; y David Healy, *The antidepressant era*, Harvard University Press, Cambridge, 1999.

⁴ Desgraciadamente, todas las historias de la psiquiatría menosprecian el eventual valor diagnóstico y terapéutico de la teoría de los humores. En una mirada que en rigor es anacrónica, la juzgan desde los conocimientos actuales, y suelen ridiculizarla. Para un examen más riguroso no queda más que recurrir a las historias más especializadas de la medicina como, por ejemplo, la clásica de Cecilia C. Mettler, *History of Medicine*, The Blakiston Company, Philadelphia, 1947.

⁵ Ver Jacques Postel y Claude Quénel, *Historia de la Psiquiatría* (1983), Fondo de Cultura Económica, México, 1987, pág. 117.

5. Porque lo que observamos en el tratamiento actual e histórico de la locura es un conjunto muy variado de procedimientos que tienen en común una visible desproporción entre lo que se intenta “curar” y las acciones “curativas” concretas, una evidente y permanente debilidad teórica en las racionalizaciones invocadas para justificarlos, una recurrente y sorprendente ineficacia, a pesar de la cual se insiste, una y otra vez, en procedimientos que causan daños colaterales visibles.

Alrededor de la aplicación de estos procedimientos lo que se observa es una gruesa estigmatización de los afectados, siempre revestida de pomposas clasificaciones y sofisticadas teorías. Se observa una hostilidad general, abiertamente desproporcionada a los eventuales actos punibles o condenables que efectúen, o incluso que podrían efectuar, los locos. Observamos tratamientos que son apenas distinguibles de la represalia, el encierro arbitrario, sin respaldo judicial, tratamientos que dañan visiblemente, que tienen toda clase de consecuencias inhabilitantes y deshumanizadoras.

No es raro que los historiadores críticos de la psiquiatría hayan asimilado esta situación a la de los perseguidos por la Inquisición. Brujas, gitanos, judíos, homosexuales han sufrido a lo largo de la modernidad un tratamiento sistemáticamente hostil, han sido víctimas de increíbles estallidos de violencia, han sido sometidos a un régimen de estigmas y desconfianzas que excede toda posible falta, o mal comportamiento, o delito eventual que pudiesen haber cometido. Los locos pueden ser integrados sin dificultad a esta triste historia de los desahogos y las explosiones de furia de las capas medias modernas.

Sin embargo, en contra de lo que los historiadores de mentalidad ilustrada puedan creer, en el caso de la locura esta hostilidad permanente solo puede asociarse de manera incidental con la intolerancia católica. Aunque es cierto que en la hora siniestra de la violencia masiva contra los judíos o los gitanos también los locos fueron apedreados o quemados, en general el tratamiento de la locura fue perfectamente distinguible del tratamiento de la herejía. Ningún inquisidor confundió a un hereje con un loco. El estigma de “endemoniados” parece ser más una atribución popular, no compartida en general ni por psiquiatras ni por inquisidores. La violencia contra los locos tiene un “mérito” singular: se ha ejercido siempre al amparo de racionalizaciones de tipo científico.

Si hubiese que adelantar, en general, las razones culturales de esta hostilidad diferenciada hacia los locos, habría que decir que probablemente el individualismo, el racionalismo sin piedad, el examen científico que se cree en el deber de tratar a sujetos como si fuesen objetos, son factores que han influido mucho más poderosamente que los relatos de tipo religioso. El maltrato hacia los locos es mucho más hijo de la ilustración y el racionalismo que de la “superstición medieval”. Y es por eso que se prolonga de manera casi idéntica, por mucho que sus técnicas aparezcan blanqueadas y antisépticas, hasta el día de hoy.

6. ¿Qué justifica la hostilidad general hacia los locos? ¿Qué vemos en ellos que produce el sentimiento cultural de que habría que asumir soluciones drásticas a los eventuales problemas que produzcan? ¿Por qué se tiene ante ellos la impresión de que esas soluciones deben ser radicales, deben prevenir todo evento posible, no deben permitir sus manifestaciones ni en los grados más mínimos?

Creo que podemos abordar por fin directamente estos asuntos preguntándonos en primer lugar bajo qué condiciones comunes, habituales, tenemos la sensación de estar frente a un “loco”.

Habitualmente consideramos “locos” a personas que muestran agresividad permanente, o agresividad disruptiva, repentina. Pero también a quienes muestran un retraimiento extremo, o una pasividad extrema. Por supuesto, consideramos “locos” a personas que muestran un comportamiento exótico, extravagante. Pero también a quienes muestran una forma de razonar o de responder no convencional. Pareciera adecuado llamar también “locos” a quienes presentan delirios o alucinaciones visuales o auditivas. Escuchan voces, ven fantasmas, conversan con objetos

inanimados. Hay una fuerte tradición en llamar “locos” también a quienes presentan una personalidad doble, casi en cualquier grado de su manifestación. Se dice incluso que habría casos extremos de personalidades múltiples (cómo no recordar, por supuesto, al extraordinario Leonard Zelig, de Woody Allen). Durante mucho tiempo se incluyó entre los “locos” también a las personas que presentaban diversos grados de discapacidad o deficiencia intelectual. En este último caso, sin embargo, afortunadamente para ellos, la psicología ha logrado formar e integrarlos a un grupo especial, también estigmatizado y discriminado, pero de maneras muy distintas al “loco” habitual. Es necesario tenerlos en cuenta, aun así, debido a que hasta hoy sus características se siguen integrando al estigma general de la locura.

Repetiré esta enumeración dos veces más, tratando de identificar qué hay en estas características que podría ser objeto del cuadro general de maltrato y hostilidad que he descrito antes.

7. Al formular de una manera más conceptual las características que he enumerado en el punto anterior lo que encontramos es que se considera “locos” en general:

- a personas que están visiblemente fuera del consenso cognitivo, y esto en varios aspectos:
 - quienes están fuera del consenso sensorial: ven lo que nadie ve, oyen lo que nadie oye;
 - quienes están fuera del consenso intelectual: razonan de manera en que nadie más razona;
 - quienes están fuera del consenso comunicativo: hablan de maneras que nadie comparte, entienden las cosas de maneras que los demás no logran entender;
- a personas que están visiblemente fuera del consenso pragmático, es decir, que actúan de maneras extrañas o poco habituales:
 - los extremamente pasivos;
 - los retraídos extremos;
 - los extremamente pasivos;
 - pero también al “tonto” habitual (intelectualmente);
 - e incluso al “torpe” sistemático (físicamente)

Pido al lector, para que pueda seguir más fácilmente el tipo de razonamiento que quiero hacer, que piense en las características de las personas a las que se les asocia, habitualmente, en la vida cotidiana, el apelativo o el sobrenombre “loco”. Mi tesis es que, con una única y lineal diferencia de grado, son las mismas que operan en la consideración técnica de la locura, y en todas las caracterizaciones pretendidamente científicas de sus cuadros diagnósticos. Una buena manera de constatar esta asociación es examinar los criterios diagnósticos de cualquier trastorno descrito en el famoso manual DSM, en particular los comentarios que se agregan para completar y refinar las definiciones principales.⁶

Hay que notar que en la filosofía de la ciencia actual se acepta muy habitualmente que el conocimiento científico, y también el saber en general, está fundado en el consenso experiencial de los observadores, es decir, que no es posible probar, o demostrar, en sentido lógico ni las afirmaciones empíricas del saber común, ni las afirmaciones respaldadas de manera inductiva de la ciencia. Esto significa, ni más ni menos, que estar fuera de tal consenso observacional no prueba, ni

⁶ Se trata, por supuesto, del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publicado por el Comité sobre Nomenclatura y Estadística de la *American Psychiatric Association* (APA). Aunque se ha publicado ya la versión V, en este aspecto no difiere (incluso agrava) de lo que se puede encontrar en su versión IV. Consultar, por ejemplo, APA, DSM-IV, 1995, edición castellana publicada por Masson S.A., Barcelona, 1995, en su sección dedicada a los “trastornos esquizoafectivos”, págs. 298-303.

puede probar, que estamos en un error, en una concepción equivocada acerca de lo que sería real. Refinando un poco más esta consideración, hay que agregar que nadie puede ponerse en la percepción de otro para constatar que lo que dice que escucha o ve “realmente” no lo escucha o no lo ve. Incluso, dando un paso más, en filosofía de la ciencia se acepta muy ampliamente que la eventual eficacia técnica que puede derivar de nuestras afirmaciones empíricas tampoco logra alcanzar el estatus de prueba o demostración de lo que sostenemos. Para decirlo en una sola frase: para la filosofía de la ciencia actual la locura es epistemológicamente indistinguible de la cordura. Es obvio que las consecuencias prácticas de una o la otra son radicalmente distintas pero, es necesario decirlo de manera directa o clara: no es posible demostrar “objetivamente” que el saber en el cual los locos fundan sus acciones extravagantes o violentas es falso. Esto tiene una consecuencia teórica y práctica muy importante: los locos nos preocupan por lo que hacen, no porque de algún modo hayamos demostrado que sus acciones están fundadas en errores o percepciones erróneas.

8. ¿Qué nos preocupa en estas acciones y características o, derechamente, qué tememos, que hace que tengamos que asumir a su vez posturas extremas hacia ellas?

Dicho de una vez, se trataría de personas impredecibles, intraducibles, delirantes, dobles, tontas. Conductas inesperadas, eventualmente violentas o peligrosas. Razonamientos o discursos incomprensibles, eventualmente recurrentes de una manera obsesiva. Personas que dicen ver o escuchar cosas implausibles, que la constatación común más simple, al parecer, puede desmentir. Personas con carencias cognitivas que hacen difícil tratar y, por supuesto, razonar, con ellas. Personas dobles (incluso triples o múltiples) cuyos cambios de “personalidad” son repentinos y, casi siempre, peligrosos.

Puede ser perfectamente razonable tener cuidado con personas así. Lo que no cuadra, sin embargo, es el encono con que se les trata. De la prevención general, como la que tenemos habitualmente por ejemplo con los delincuentes, a la represalia sistemática, provista de toda clase de teorías y procedimientos especiales, hay una obvia brecha que es necesario explicar. Como es necesario explicar también la frecuencia y la facilidad con que todas estas características se asocian sin más. Como ocurre siempre con los cuadros de estigmatización no nos cuesta, ante uno de estos rasgos, sospechar o atribuir todos los otros. Si delira o tiene alucinaciones con toda probabilidad es también tonto, violento o doble. Si es doble muy probablemente es también violento, etcétera. Y, una constante curiosa en estas sumas: siempre se construyen en la dirección de agravar el cuadro, nunca de disculparlo, o aliviarlo. Si es violento y doble, probablemente es inteligentísimo. Si es tonto y alucina, probablemente sus torpezas se traduzcan en desastres y violencia.

Por supuesto hay presentes en todo esto temores muy profundos. Temores que pueden servir para caracterizar, como su reverso oscuro, a toda nuestra cultura, tan orgullosamente confiada y racionalista. El temor general a lo impredecible, sobre todo si sospechamos que puede manifestarse de manera repentina. El temor general a lo incomprensible, sobre todo si creemos que puede afectar a nuestra vida inmediata. El temor general a que la realidad no sea tal y como los sentidos la muestran y que, de algún modo que no alcanzamos a comprender, haya algo de verdad y razón en aquellas realidades que los locos dicen ver y escuchar.

Entre estos personajes que producen profundos temores destacan, en mi opinión, dos: el “doble” y el “raro”. El primero expresa un miedo singular y radical: el miedo de no ser uno. Uno solo y el mismo, de manera estable y permanente. Como los psicoanalistas han constatado, nos inquieta profundamente el que pueda haber “otro en mí”. Pero también el que este que soy se convierta, de

manera repentina en otro. Nos inquietan también profundamente los cambios repentinos en el comportamiento de los demás. De manera recurrente, tendemos a asociar un potencial de violencia en esos cambios o estados dobles. Invariablemente entre el doctor Jekyll y el señor Hyde uno tiene que ser un malvado asesino y el otro la víctima. Nadie, que yo sepa, ha imaginado el cuento de una doble personalidad que en una de sus manifestaciones es la Madre Teresa y en la otra simplemente Lady D.

El segundo personaje suscita un temor general, insistente y difuso: el miedo a la diversidad radical. Es algo fácilmente observable en el ámbito de la diversidad sexual.⁷ Las costumbres radicalmente diferentes, radicalmente intraducible, pero también los modos de reaccionar muy diferentes de los que esperamos. La diversidad radical del que ve cosas que nosotros no vemos, del que escucha voces que nosotros no escuchamos, del que se comporta de una manera que no habríamos imaginado. La fragilidad de la estabilidad social moderna, siempre atravesada de crisis económicas desastrosas, de guerras irracionales o de enfermedades perfectamente curables para las que no logramos tener los remedios adecuados a la mano, muestra aquí su reverso dramático: que la vida tenga algo de la estabilidad que de hecho no tiene, que se acerque en algo a ella, depende crucialmente de que nadie se comporte de una manera exótica, que ponga en evidencia la carencia de la tranquilidad que intentamos simular a toda costa.

9. Si seguimos esta lógica, los locos no son confiables, son inestables, improductivos, muy fácilmente violentos y, sobre todo, por supuesto, raros. Imitando, solo por razones de sistematización simple, la manía taxonómica del gremio psiquiátrico, creo que se pueden distinguir dos agrupaciones de rasgos, aun considerando la parafernalia de las sumatorias de estigmas.

Por un lado es posible distinguir al “loco peligroso”. Al que muestra una duplicidad impredecible, al que es capaz de agresividad repentina y violencia ilimitada, al que carece de cualquier clase de controles morales. Por otro lado se puede distinguir al “loco inútil”. Al que es en general algo tonto, eminentemente pasivo, al que alucina o delira, al “raro”. El primero es, por cierto, un peligro para los demás. El segundo, aunque no quiera, es un peligro para sí mismo. El primero es potencialmente un enemigo, el segundo es claramente una carga. Todos los estigmas pueden sumarse: un peligro para sí mismo y para los demás, potencialmente un peligro y en todo caso una carga. Eso son, dicho con brutal sinceridad, para la modernidad, los locos.

Es muy importante no perder de vista, sin embargo, que el ejercicio que acabo de hacer tiene que ver en primer término con nosotros, solo secundariamente con los locos mismos. Lo que me ha interesado aquí es sistematizar nuestras creencias y actitudes hacia la locura. Lo que he hecho es una caracterización del observador y, en una medida muy importante, del victimario, más que de las víctimas. Es obvio que en las personas que rotulamos como locos hay una base de comportamientos objetiva que produce estas creencias y actitudes. Lo que nos es obvio en absoluto es como estas creencias se agregan, se potencian, forman claramente estigmas e imágenes sobredimensionadas. Lo que no se puede considerar en absoluto obvio es que los locos tengan por sí mismos todas estas sumatorias que les atribuimos y, menos aún, que merezcan en virtud de ellas los tratamientos a que la corriente principal de la psiquiatría los ha sometido históricamente. Es esta notable desproporción

⁷ Nuevamente en el orden del habla y las sensaciones comunes, es digno de observación el que el mote “raro” se asocie tanto a los locos como a los homosexuales, e incluso se aplique con insólita frecuencia a quienes muestran rasgos que los asemejen, aunque sea remotamente, a locos u homosexuales.

entre los que podría haber en ellos y lo que vemos, lo que podría derivar de sus acciones y las maneras en que las tratamos, lo que me interesa mostrar.

10. Tal como en los siglos anteriores de la cultura europea los judíos, por razones religiosas o económicas, o los gitanos, como signos de una movilidad cultural y social que se veía como indeseable, o las brujas, portadoras de saberes que se pretendía olvidar, hoy en día los locos operan como centro de las catarsis de las capas medias atormentadas. Contribuye esencialmente a ello el que no tenemos ninguna teoría medianamente razonable que explique de manera real y profunda su condición.

Las razones religiosas que se esgrimían contra los judíos y las brujas han pasado al inventario de los malos recuerdos de la modernidad. Hoy se hostiliza a los judíos por razones directamente económicas y políticas, y a las detentoras de saberes médicos tradicionales o alternativos simplemente por la ambición y la avidez del gremio médico y la industria farmacéutica. Los gitanos han pasado a formar parte de las simpatías del folclor, los comunistas han retrocedido al descrédito histórico... o se han vuelto capitalistas.

Las minorías perseguidas en que se descarga la catarsis social de manera irracional requieren un fondo de inexplicabilidad, o una superficie de explicaciones espurias, que permita mantener la oscilación entre tratamientos que presumen de “racionales” y simples represalias. Que permitan tanto el tratamiento “serio”, profesional, especializado, como a la vez, casi sin transición, superponiéndose de manera flagrante, la arbitrariedad, la hostilidad desembozada. Este doble carácter ya no se da con los judíos, los gitanos o los comunistas. Y solo aparece asociada a la diversidad sexual por parte de aquellos que insisten en asociarla con la enfermedad o el pecado. La visible ambigüedad y vaguedad con que se teorizan los orígenes de la locura, en cambio, se prestan perfectamente para esas operaciones conjugadas.

De esta manera, en el caso de la locura, lo que en principio podría considerarse como abuso subjetivo (la necesidad de catarsis de las capas medias en crisis), adquiere el carácter de acciones que, para sus protagonistas, aparecen fundadas en un conjunto de explicaciones y necesidades plenamente objetivas. Su fundamento social desaparece, por decirlo de algún modo, en la consciencia de sus actores, y aparece revestido de la racionalidad y la objetividad que parece darle su retórica científica. Y esto es lo que he caracterizado en la segunda sección como “abuso objetivo”. Un tipo de abuso que ante la consciencia de quienes lo ejercen, no aparece en absoluto como una particular mala voluntad, o la expresión de un estado propio de crisis sino que, incluso exactamente al revés, aparece como una buena de auxilio y cuidado, fundada en explicaciones razonables.⁸

Pero lo que ocurre en realidad es que las “explicaciones” en torno al origen de la locura han mantenido la terrible debilidad de su lógica de manera sorprendentemente inalterable desde hace mil años. Ya Al Razi⁹ distinguió entre locuras derivadas de situaciones sociales y otras derivadas de enfermedades físicas, y recomendó la terapia ocupacional y la “conversación con hombres racionales” para las primeras, y diversos fármacos basados en las teorías de la alquimia y los

⁸ Como seguramente se podrá notar, el mecanismo que describo aquí es el que la sociología atribuye clásicamente a la ideología. Considerando esa antigua denominación, se puede resumir así: el abuso psiquiátrico está sostenido en un mecanismo fuertemente ideológico.

⁹ *Abū Bakr Muhammad ibn Zakarīyā al-Rāzī*, persa, (865-925 DC), escribió 56 libros de medicina, incluyendo en ellos múltiples temas de alquimia, filosofía, psicología y psiquiatría. Esos libros incluyen una enciclopedia médica que consta de 22 volúmenes. Inventó el alambique, con el que destiló por primera vez la parafina y el etanol. Descubrió el ácido sulfúrico, distinguió la viruela del sarampión, escribió por primera vez sobre las alergias. Como si todo eso no fuese suficiente, dirigió en Bagdad uno de los primeros hospitales estatal y público del mundo, en que dedicó una sección especial para los locos de ambos tipos.

humores para los segundos. Desde entonces esta dualidad se ha repetido, bajo los más diversos modelos teóricos hasta hoy, complementada sobre todo por las ideas filosóficas en torno a la naturaleza humana y el lento desarrollo de la anatomía y la fisiología cartesiana (siglos XVII – XIX). A pesar los enriquecimientos, sin embargo, ninguno de estos tipos de especulación proporciona, hasta hoy, una verdadera teoría explicativa de la locura en el sentido habitual que es corriente en las ciencias naturales: una teoría que no solo se limite a describir lo observado sino que también sea capaz de integrarlo a un marco teórico consistente desde el que se puedan hacer predicciones precisas.

Las explicaciones que atribuyen la locura a un origen social, cuyas formulaciones más sofisticadas podrían ser el psicoanálisis (Freud) y la psiquiatría de tipo existencial (Jaspers) apenas son capaces de sobrepasar el nivel de la mera sistematización de lo observado, recurriendo a la hora de las explicaciones a mecanismos no muy distintos de los que podrían haber sido atribuidos simplemente desde el sentido común y, en todo caso, debiéndose conformar con una dramática impotencia cuando se trata de predecir o, como debería ocurrir en una teoría bien formulada y exitosa, cuando se trata de curar de manera eficaz y duradera. Paliar los síntomas, elaborar artificiosos relatos descriptivo, con escaso valor explicativo, tratar cada caso como si fuese un nuevo misterio, formular taxonomías que no resisten el examen a la luz de los estándares más elementales de validez científica: eso es, en buenas cuentas el panorama, y el profundo callejón sin salida de la psiquiatría más teórica y social que se ha creado.

Por otro lado, las explicaciones que atribuyen la locura a un problema físico, que podría ser asimilado al régimen de las enfermedades corriente en medicina, solo superan a las anteriores en grandilocuencia, vanidad y prepotencia “científica”. Desde mediados del siglo XIX la medicina ha realizado portentosos avances en prácticamente todos los campos de su saber... salvo en psiquiatría. Todos los avances médicos, en cualquier otro ámbito, se han potenciado poderosamente, haciendo de la medicina científica la más eficaz y la mejor fundada entre todos los sistemas médicos formulados en la historia humana. Muy poco de esto ha beneficiado a la psiquiatría de manera eficaz.

No es difícil entender el porqué de esta situación: el sistema nervioso, que es el origen que debería atribuirse a las locuras asimilables a un régimen médico, es la más maravillosamente compleja estructura en todo el universo. Ni toda la selva tropical, ni los fenómenos cuánticos alrededor de los agujeros negros, ni toda una galaxia con sus millones de estrellas, alcanzan la extrema complejidad de esta red de redes, con decenas de miles de componentes conectados entre cien y diez mil veces cada uno con los otros, funcionando a través de cientos de sustancias activantes e inhibidoras que mantienen relaciones fuertemente no lineales entre sí. Frente a esta sensacional complejidad todos los discursos aparentemente explicativos de la neurología y la psiquiatría aparecen como tristes muestras de una vanidad infinita y prepotente.

Es importante ser más específico. La neurología ha sido capaz de muy importantes progresos en la anatomía y fisiología de los procesos neuronales. De estos progresos han resultado progresos también muy importantes en el ámbito de la cirugía del cerebro, y en el campo de las parálisis, y de los problemas auditivos y visuales de origen neuronal. Pero, desgraciadamente, nuestro problema, el que aquí estoy tratando, no es la cirugía o el déficit sensorial. Es la locura.

Frente a la locura y, en general, frente al problema de cómo la actividad del sistema nervioso llega a convertirse en comportamiento, sea normal o alterado, reina aun el más profundo misterio. Y eso es lo que reconocen sin vacilación alguna los neurólogos más conscientes y competentes, en

contradicción directa justamente, y de manera trágica, con los que se dedican a la psiquiatría.¹⁰ En estos últimos impera la pseudo explicación, la euforia periódica ante cada nuevo instrumento de observación del sistema nervioso, o ante cada nueva correlación aparente convertida sin más en vínculo causal, o ante las analogías más descabelladas entre el comportamiento de ratas y monos y la complejidad del comportamiento humano.¹¹

11. Si las teorías presuntamente explicativas son tan débiles, si al considerar su historia a lo largo de seis siglos constatamos que no han avanzado más que sus cambios espectaculares de retórica para los misterios de siempre, quizás sea hora de volver a la experiencia más cercana, a lo que nos dice la sabiduría común, a las críticas que podemos hacer a sus miedos encubiertos, a las valiosas lecciones que siempre se pueden obtener de una actitud comprensiva y solidaria. Psiquiatras aparte, en buenas cuentas, los locos no son sino nuestros hijos, tíos, nuestros viejos abandonados, nuestros hermanos “inútiles” y problemáticos, nuestros vecinos extraños. Volver a conectarse con las experiencias que dicen tener, que intentan mostrar de maneras extravagantes y alarmantes, requiere considerarlos una vez más como simples seres humanos: tantos a ellos como a nosotros mismos.

La primera cuestión, hoy urgente, es volver a preguntarse bajo qué condiciones de vida las personas llegan a ser calificadas de “locos”. La observación más simple y directa puede mostrar, como el viejo Al Razi ya lo sospechó, que hay locuras que tienen su origen en situaciones sociales de intenso sufrimiento. El maltrato y abuso durante la infancia, el dolor del abandono o la discriminación extrema, el intenso miedo sufrido en situaciones de violencia extrema. Y hay, por otro lado “locuras” que derivan de la contaminación química, ya sea por el consumo excesivo de drogas ilegales o, lo que hoy en día es crucial, por el consumo irresponsable de drogas legales.

12. Sostengo que hasta la estadística más simple podría mostrar que hoy en día la inmensa mayoría de los patrones conductuales que llegan a ser catalogados como locura están mediados, intervenidos, fuertemente cruzados, con cuadros de contaminación química, ilegal muchas veces pero, y esto es lo crucial, legal en una proporción aún mayor.

En el ámbito de la medicación legal, prescrita y sostenida por personal médico, muchas veces ni siquiera psiquiátrico, hay dos situaciones que han llegado a constituir una verdadera epidemia, que han alcanzado las proporciones de un problema de salud pública. Una es el escalamiento terapéutico (y luego diagnóstico) producido a partir de fármacos que se presume inocuos o de baja intensidad. Otro es la inconsciencia general, incluso entre los psiquiatras, de los severos efectos de resaca que producen todas las sustancias que afectan al sistema nervioso.

¹⁰ Como se puede ver, en el extremo de la lucidez, por ejemplo, en Francisco Varela: *De cuerpo presente*, Ed. Gedisa, Barcelona, 1992. Pero también, en el extremo de la ceguera, en todas las introducciones de las sucesivas versiones del Manual DSM, que declaran una y otra vez que solo se limitarán a hablar de “trastornos” debido a que el desconocimiento de las causas neurológicas de los cuadros psiquiátricos impide tratarlos propia y directamente como enfermedades.

¹¹ Las críticas más agudas a la debilidad epistemológica del saber neurológico – psiquiátrico actual se pueden encontrar en William R. Uttal, un neurólogo profesional bastante lejano a las preocupaciones de la antipsiquiatría. Ver en *Psychomythics, Sources of artifact and misconceptions in scientific psychology*, Lawrence Erlbaum Publishers, New Jersey, 2003, una crítica general a la psicología que aspira a un fundamento neurológico. En *The New Phrenology, The limits of localizing cognitive processes in the brain*, The MIT Press, Cambridge, 2001, una crítica a las conclusiones que suelen obtenerse, de manera impropia, de las diversas técnicas de observación del sistema nervioso. En *The immeasurable mind, The real science of psychology*, Prometheus Books, Nueva York, 2007, una crítica general a los métodos estadísticos que se usan en psicología y en psiquiatría, sobre todo en la formulación de conclusiones a partir de las nuevas imágenes obtenidas por tomografías de positrones o resonancia magnética. En *Neuroscience in the courtroom, What every lawyer should know about ten mind and the brain*, Lawyers & Judges Publishing Co., Arizona, 2009, una serie de abrumadoras críticas al uso de teorías neurológicas para exculpar imputados en los tribunales.

Los descongestionantes respiratorios, los relajantes musculares “suaves”, los fármacos destinados a conciliar el sueño o a lograr un sueño profundo, e incluso el consumo excesivo de cafeína, producen efectos muy variables de una persona a otra, pero es frecuente que conduzcan a estados de incomodidad o sufrimiento subjetivo leves e incluso moderadas cuando se dejan de consumir o, incluso, cuando se varía su ritmo o dosis. El problema podría resolverse de una manera muy simple, identificándolos como origen del malestar y disminuyendo el consumo nocivo. Sin embargo, se ha instalado una tendencia general por un lado al sobre diagnóstico tanto entre los consumidores como entre los psicólogos: el problema es experimentado y es diagnosticado de una manera excesiva. Y la tendencia, aún peor, a prescribir fármacos para paliar los efectos observados en el comportamiento. Fármacos que, por supuesto, conducen a nuevos efectos no deseados que, una vez más, son atribuidos a un presunto cuadro subyacente. Todo un escalamiento que podría evitarse en la gran mayoría de los casos con una medida extremadamente simple: antes de psicologizar, o de incluir un comportamiento en una categoría diagnóstica, lo primero que un profesional prudente debería hacer es investigar qué fármacos o qué sustancias consumidas habitualmente por el afectado podrían estar produciéndolo. Una situación que es particularmente frecuente, y proporcionalmente más grave en lo que habría que empezar a considerar como verdaderas “poblaciones de riesgo” ante la intervención psiquiátrica: los niños, los adultos mayores, las embarazadas o madres primerizas, los matrimonios que sufren una separación conyugal relativamente traumática.

13. Los efectos de la resaca que se producen al dejar de consumir los fármacos psiquiátricos han sido un problema permanente para la enorme industria farmacéutica y su afección de lucro. Primero, tal como los efectos llamados mañosamente “secundarios”, fueron de manera general e irresponsable, simplemente ignorados. Se podría decir que esa fue la actitud general desde la introducción de los llamados “antipsicóticos” de primera generación, durante los años 50 hasta mediados de los años 80 en que, junto con la introducción comercial de la segunda generación “de pronto” investigadores y psiquiatras “descubrieron” y dieron publicidad a toda clase de inconvenientes relacionados, por supuesto, solo con la generación de fármacos “superados”.

Desde hace unos veinte años, sin embargo, se observa una segunda tendencia, también nociva: considerar a la resaca como un “síndrome de abstinencia”. La diferencia no es menor. La resaca es un problema de origen químico, bastante objetivo, en que la responsabilidad de sus efectos es, claramente, del fármaco en cuestión. El llamado “síndrome de abstinencia” en cambio, es un problema psicológico, que tendría su origen en características especiales, de algún modo excepcionales del afectado particular. En un caso el cuerpo del afectado reacciona de manera adversa ante la contaminación que ha sufrido, en el otro caso el cuerpo del paciente, siguiendo los más profundos anhelos de la industria farmacéutica, clama por más contaminantes: el fármaco se salva, la responsabilidad es del paciente.

Lo más grave de esta situación es la tendencia a diagnosticar como problema psicológico subyacente lo que no es sino un efecto de la contaminación química y, en consecuencia... prescribir un nuevo fármaco para abordarlo. Típicamente, por ejemplo, si el efecto de resaca de un fármaco presuntamente “antidepresivo” incluye estados de intensa agitación o insomnio lo que se obtendrá es el paso de un diagnóstico de depresión a otro que contenga la etiqueta de “bipolar” y, por supuesto, nuevas dosis de medicación. O, también, si un niño inquieto, que ha sido catalogado de “hiperkinético” recibe un fármaco que le produce insomnio, o pesadillas, recibirá un nuevo fármaco para sus problemas de sueño. Si este produce un agravamiento de sus pesadillas y miedos, recibirá un fármaco adicional. Pero si, por las circunstancias que sean, deja de consumir tal cóctel de

prescripciones el resultado sobre el comportamiento será catastrófico y muy probablemente se revelará por fin lo que nos habíamos negado a asumir... el niño es en realidad esquizofrénico...

14. Es muy obvio que una sociedad más humana, con menos violencia, pobreza, discriminación, produciría menos personas que lleguen a ser consideradas locas. No hace falta ser psicólogo, psiquiatra, ni filósofo para llegar a esa conclusión. También es muy obvio que un tratamiento reconecedor, amistoso, solidario, podría hacer volver a muchos locos de su sufrimiento, o hacerlos vivir sus locuras sin el peso de la estigmatización y la violencia discriminadora. Esta segunda conclusión, sin embargo, parece ser bastante difícil para muchos psicólogos y psiquiatras. Hay líneas de desarrollo en esas disciplinas, a pesar de eso, que han integrado ese enfoque desde hace ya mucho tiempo.

Lo que es más difícil aún, lo que es visto por la mayoría de los profesionales dedicados a la salud mental como una descalificación, como una verdadera amenaza, en cambio, es la perspectiva que he expuesto en este texto.

Primero, que nuestro acercamiento al fenómeno de la locura debe empezar por examinar en nosotros mismos lo que produce eso que vemos como locura y, solo desde allí, preguntarse por la realidad o por la eventual coherencia interna de aquello que nos inquieta tanto.

Poner los comportamientos y experiencias de los locos en su contexto y, sobre todo, en el contexto de nuestros miedos, puede contribuir poderosamente a disminuir la sensación de alarma y amenaza que suelen producir.

Segundo, que para acercarnos más humanamente a la locura debemos reconocer de una vez que no conocemos prácticamente nada de sus posibles causas orgánicas, y que solo logramos identificar sus eventuales causas sociales cuando son extremadamente evidentes.

Considerar los comportamientos de los locos por sí mismos, por sobre las teorías explicativas habituales, puede ser un acercamiento más humano, más inmediato, que el de los intentos “científicos”.

Tercero, que la mayor parte de los comportamientos que hoy en día hemos llegado a considerar como locura tiene su origen en la contaminación química del sistema nervioso por sustancias ilegales, pero, más grave aún, por sustancias que consumimos en contextos no solo perfectamente legales, sino recetados por profesionales de la salud.

Una revisión de las posibles fuentes de contaminación química es hoy el examen primero y obligado que se debe hacer ante los cambios de comportamiento preocupantes de quienes nos rodean.

Cuarto, que el escalamiento diagnóstico y terapéutico que lleva tan frecuentemente sobre todo a niños o a adultos mayores a consumir tres, cuatro, o incluso seis u ocho, fármacos de tipo psiquiátrico o con efectos psiquiátricos a la vez, tiene su origen en la pésima práctica de no considerar los llamados efectos “secundarios” de cada uno, ni sus interacciones químicas, y a la práctica, aún peor, de diagnosticar los efectos de resaca de cada uno como síntomas de uno u otro, o aún un tercero a cuarto, cuadro psicológico presuntamente subyacente.

15. Para llegar a estas conclusiones, que me parecen casi de simple sentido común, es necesario saber muchas cosas de psicología y psiquiatría. Las he encontrado en los textos que he citado y en algunos más. Pero no hace falta, en absoluto, ser psicólogo, psiquiatra o neurólogo. Cada día más podemos constatar que este en un ámbito en que la experticia conspira intensamente contra el más elemental ejercicio de la prudencia, la humildad y el sentido común.

Solo alejándonos de esa mala experticia, solo formando nuestras propias experticias, como víctimas, usuarios, resistentes, familiares y amigos solidarios, podremos tratar a la locura de una forma más humana.

Afortunadamente, ya es real en muchos países hoy en día un amplio movimiento de usuarios de los sistemas de salud mental oficiales que se han organizado para alejarse de la experticia que los victimiza, que los convierte en “enfermos” y los somete a un discurso paternalista que no apoya otra alternativa que la medicamentación.

Básicamente desde los usuarios, apoyados muchas veces por algunos profesionales de la salud mental (casi siempre terapeutas ocupacionales, antropólogos sociales, enfermeras y psicólogos de orientación humanista), han formado redes de apoyo y han ido construyendo un discurso de radical crítica a la psiquiatría de orientación neurológica y al imperio de los tratamientos farmacológicos o aversivos.

En estas luchas, difíciles, frecuentemente tan estigmatizada como la locura misma, muchos “pacientes” (pasivos, “enfermos”) han dado el gran paso de llegar a concebirse a sí mismos como “usuarios” (activos, viviendo con una diferencia) y, entre ellos, otros han logrado dar el paso trascendental de concebirse en fin como víctimas de un sistema opresivo. Víctimas que, lejos de victimizarse aún más, se convierten en activistas, en críticos radicales del sistema que los oprime, en defensores del derecho a vivir, libres de discriminación y diagnósticos, la diferencia que los caracteriza y que los provee de una identidad de la que pueden por fin sentirse orgullosos.¹²

Es gracias a estos luchadores que podemos por fin reconocer, nosotros mismos, que lo que está en juego en la locura no es solo el sufrimiento de los afectados, de sus familiares y cercanos, sino de manera muy profunda, el derecho a detentar una diferencia radical, una diferencia sutil, creativa, desafiante, que muestra la enorme variabilidad y complejidad del comportamiento humano.

Reconocer que es necesario, antes de examinar y diagnosticar a las víctimas, examinar nuestra propia condición, probablemente inconsciente, de victimarios.

Santiago de Chile, 25 de febrero de 2016.-

¹² Es por esto que la agrupación formada por Judi Chamberlain (1944-2010), el *Mental Patients Liberation Front*, a principios de los años 70, devino en el movimiento *Mad Pride*, desde 1993, cuando se celebró en Canadá el primer “*Psychiatric Survivor Pride Day*”, una fiesta que desde entonces se celebra, cada año en Toronto, y se ha extendido ya a muchos países.