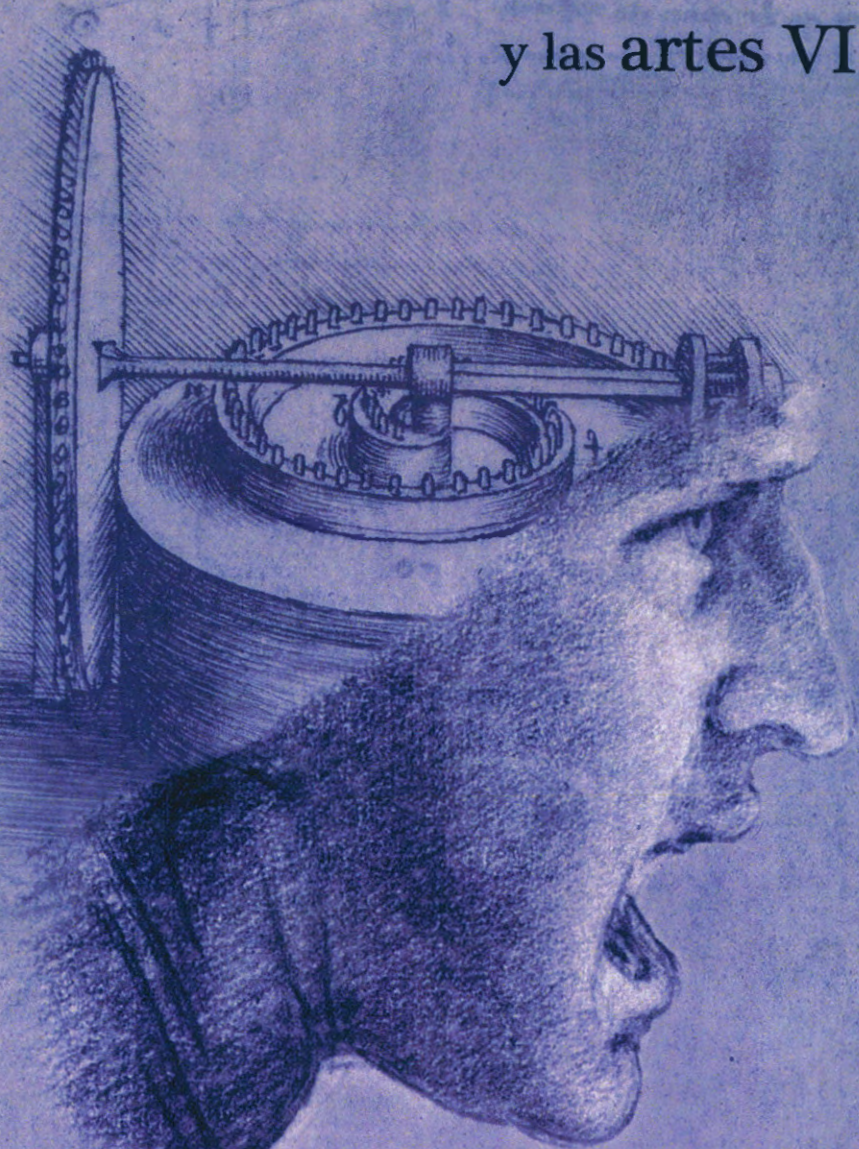


Pasado, presente y porvenir
de las humanidades
y las artes VI



Diana Arauz Mercado
Coordinadora

Pasado, presente y porvenir de las humanidades y las artes vi

Primera edición, 2015

© **Contenido**

LOS AUTORES

DIANA ARAUZ MERCADO

© **Características gráficas**

TEXERE EDITORES SA DE CV

Coordinación del proyecto

DIANA ARAUZ MERCADO

Responsables de la edición

JUDITH NAVARRO SALAZAR

MAGDALENA OKHUYSEN CASAL

Corrección de estilo

MARTHA ELIA BARANDA TORRES

Diseño

MÓNICA PAULINA BORREGO LOMAS

MAYRA VALADEZ ESTRADA

Comunicación

MARTHA ALEJANDRA RAMÍREZ ALVA

Vinculación

MIGUEL ÁNGEL VIRGILIO AGUILAR DORADO

Cuerpos académicos participantes

Estudios de Historia Institucional, Política y Social de la Nueva España

UAZ-CA-148

Fuentes y Discursos del Pensamiento Contemporáneo

UAZ-CA-171

ISBN 978 607 8028 91 7

Prólogo

En días pasados escuchaba a una distinguida y entrañable catedrática de Historia de la educación en México lamentarse en conferencia pública —casualmente, en la Rectoría de nuestra casa de estudios— ante la situación de que países como Japón llevaran la delantera en materias tan relevantes como la ciencia y la tecnología, hechos que al parecer debíamos envidiar o, por lo menos, ver con preocupación quienes nos dedicamos a las humanidades, pues, al parecer, son ellos quienes producen “cosas útiles”, mientras que nosotros, los historiadores, seguimos ocupados en “reflexionar lo nuestro”. Enseguida pensé que, en efecto, siempre he deseado adquirir la disciplina que los japoneses imponen a su trabajo, pero jamás envidiaré que los miembros de una cultura tan poderosa hayan hecho del suicidio la única salida posible en el siglo XXI al verse rebasados por las condiciones cruelmente competitivas que su propia sociedad científica, tecnológica y tecnócrata les ha impuesto. Luego entonces, en algo estamos fallando como seres humanos; constituye un deber para quienes vivimos y trabajamos en países como nuestro querido México seguir de manera incansable reflexionando, analizando, proponiendo estrategias humanísticas desde diversos frentes, en especial si se pertenece al polémico y conflictivo ámbito educativo.

Cada cual es necio a su manera. Quienes eligieron en esta oportunidad compartir sus inquietudes, reflexiones, primeros borradores y/o trabajos de investigación a través de nuestro libro colectivo piensan que algo podremos aportar a esta sociedad caótica, ciega y medio sorda, alejada cada vez más del individuo de carne y hueso, aquel con quien se puede hablar en persona mirándolo a los ojos mientras se bebe un café, o aún se logra sorprender dejándole en las manos un libro impreso. Si a

Medicalización de la vida cotidiana

JUAN ROKYI REYES JUÁREZ
Universidad Autónoma de Zacatecas

En las últimas décadas hemos asistido a un constante incremento en la intervención terapéutica en los seres humanos. Muchas ventajas reporta este fenómeno; sin embargo, también conlleva un riesgo del que poco se ha hablado: el abuso en la farmacoterapia. Los ingresos reportados a las grandes transnacionales por venta de medicamentos para tratar enfermedades mentales aumentan año tras año y suponen un porcentaje muy importante de sus rendimientos totales, con lo cual la tentación de aumentar el mercado de consumidores es difícilmente eludible. Dice Christopher Lane: “Antes de vender un medicamento, tienes que vender la enfermedad”.¹

Debido al carácter crítico de las humanidades, y en particular de la filosofía de la ciencia, en este texto expondré un caso particular de cómo la medicalización ha desbordado el área de las enfermedades para incluir procesos que se han considerado normales.

¿Qué es la enfermedad mental?

Como ya se infiere, una de las áreas donde esta medicalización se ha dado con mayor fuerza es la salud mental. En parte esto se debe a que esta área presenta mayores problemas de objetividad en el diagnóstico que otras áreas de la medicina. Esto ha propiciado, entre otras cosas, una enorme diversidad de prácticas “terapéuticas”. La complejidad es tal que algunos autores presentan, sin querer ser exhaustivos, catorce enfoques diferentes que pretenden explicar las enfermedades mentales.

Dichos enfoques poseen muy diverso grado de apoyo empírico, a pesar de lo cual esta proliferación no deja de ser desconcertante. Dice un autor:

El que empieza a bucear en este apasionante pero confuso campo se puede topar con todo tipo de fauna: desde un biologicista puro que le explique los desórdenes mentales como complicados desequilibrios de neurotransmisores, un psicoanalista que hable de oscuros procesos inconscientes, un cognitivista para quien todo depende de nuestra forma de pensar el mundo y construir nuestra realidad interna, un sistémico que entenderá el problema en una anormal dinámica familiar, y puede incluso que se encuentre con una especie ya en vías de extinción como el antipsiquiatra, que le inventaría convencer de que todo esto de la enfermedad mental no es más que una invención social.²

Las declaraciones oficiales no resultan muy útiles para clarificar el concepto. En este caso, los sistemas vigentes de clasificación (DSM-V y CIE-10) resultan tan poco útiles para definir a las enfermedades mentales como la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por ejemplo, el DSM-IV se refería a las enfermedades mentales en términos de “trastornos”, nunca en términos de “enfermedad”, pequeño truco lingüístico para evitar el compromiso con una teoría. Además, para definir qué es un trastorno, siempre se conceptualizaba en términos de síndrome. Así, pues, lo más que llegó a decir el DSM-IV acerca de la enfermedad mental es que

En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (por ejemplo, deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo

significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales; a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (*sic*).³

Dicho de manera fácil: para el DSM un trastorno mental puede ser cualquier cosa⁴. literalmente, cualquier cosa... En este *mare magnum* de ideas podría resultar tentador evitar las teorías y tratar de irse a los hechos. No sabemos qué es la salud/enfermedad mental, pero podemos distinguirla. Sin embargo, como se verá, esta vía tampoco resulta prometedora.

¿ES LA TIMIDEZ UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Nuestra primera respuesta podría ser que no, que la timidez es un proceso normal que se presenta en determinados momentos de la vida, incluso que una persona tímida es una persona normal.

Sin embargo, para efectos de las clasificaciones de enfermedades mentales, la timidez *normal* es una *enfermedad* para la cual existe un medicamento. El nombre de esta enfermedad es fobia social. En 1980, la Asociación Psiquiátrica Estadounidense publicó la tercera edición de su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, mejor conocido como DSM-III. En esta edición se introduce la categoría diagnóstica de fobia social, que en términos generales corresponde a lo que en la vida cotidiana llamamos timidez. Durante mucho tiempo la timidez ha sido considerada una expresión normal en determinadas circunstancias, pero merced al DSM-III, la timidez ha pasado a formar

parte de las enfermedades mentales. Pasó de ser una expresión normal a una entidad patológica. En la cuarta edición de dicho manual, o DSM-IV, el nombre de la entidad cambia a trastorno de ansiedad social.

Varias décadas después de ser incluida en los manuales diagnósticos, dicha clasificación aún es problemática. Dice Berrios en uno de los más importantes textos de filosofía e historia de la psiquiatría que “La fobia social sigue siendo un constructo confuso, cuyo significado oscila entre el trastorno de personalidad evitativo y los temores sociales específicos”.⁵

Dice Lane:

El DSM-III revolucionó la forma como los psiquiatras y el público piensan acerca de la salud mental, y Spitzer merece mucho del crédito por esa extraordinaria hazaña. Él es uno de los responsables de haber convertido a la timidez en una enfermedad.⁶

En efecto, uno de los principales responsables de la inclusión de la timidez como categoría diagnóstica es el psiquiatra Robert Spitzer. Él y su grupo de trabajo liberaron lo que Lane llama “batallas del diagnóstico” para poder incluir esa y otras entidades en el DSM-III; pero las batallas no fueron ganadas limpiamente ni con los mejores argumentos.

Veamos cómo caracteriza el DSM-IV⁷ al trastorno de ansiedad social para poder argumentar que la definición de esta entidad corresponde con lo que en la vida diaria llamamos timidez. Ocho son los criterios diagnósticos que se emplean para diagnosticar este presunto problema de salud mental:

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme

actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo seis meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (por ejemplo, el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).⁸

Veamos cómo la timidez corresponde con la caracterización de fobia social. Empecemos con la condición C, según la cual: “El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional”.⁹

Pudiera pensarse que este criterio ofrece razones en contra de la identificación de timidez y fobia social pero no es así; por el contrario, el sentido de "tímido", al menos en español, es justo el expresado en esa condición. Según el Diccionario de la Real Academia, "tímido" significa: "Temeroso, medroso, encogido y corto de ánimo". Y usamos "temeroso" y "medroso" para calificar a una persona cuando "de cualquier cosa tiene miedo", es decir, cuando su temor no corresponde a un peligro real o auténtico. Dicho en otras palabras, usamos "tímido" cuando el temor que experimenta un sujeto "es excesivo o irracional". Además cuando esta actitud temerosa es "acusada y persistente", pues no llamamos temeroso a alguien por un episodio aislado de temor irracional o excesivo sino cuando esta es su actitud habitual; es decir, cuando su temor es "acusado y persistente" (condición A).

Respecto de la condición B, que dice: "La exposición a las situaciones sociales provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad"; cuando se explica esta condición páginas atrás en el DSM-IV, se considera que la manifestación característica de dicha ansiedad es el rubor: "el enrojecimiento es muy típico de la fobia social"¹⁰ y este rasgo es también habitual en la timidez.

Por otra parte, la condición E: "El malestar que aparece en las situaciones temidas interfiere acusadamente con sus relaciones sociales", también es típico de la timidez "normal". Considérese el caso de una persona tímida que experimenta un malestar debido al miedo a las citas con las chicas y que por ello no ha podido casarse.¹¹

La condición D: "Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos", es también típica de la timidez.

Las condiciones F, G y H que se refieren, respectivamente, a que en los individuos menores de 18 años los síntomas se prolonguen por un mínimo de seis meses, a que estos síntomas no

se deban a la ingesta de alguna sustancia o a otra enfermedad médica, no representan problema para identificar la timidez con la fobia social. Después de esto, creo que podrá aceptarse que la clasificación de fobia social corresponde a lo que solemos llamar timidez.

Cabría hacerse ahora la pregunta: ¿Cuáles son las razones para incluir la timidez en la categoría de las enfermedades mentales? Inicialmente, Spitzer y el grupo de psiquiatras que incluyeron dicha clasificación diagnóstica dentro del DSM no ofrecieron ninguna razón para esta decisión:

Spitzer argumentó energicamente que su grupo de trabajo era imparcial porque ese nombre era meramente una clasificación de síntomas y, por tanto, en teoría evitaban preguntas polémicas acerca de su causa y tratamiento.¹²

El carácter ateorico del DSM le permitió realizar estas manobras sin tener ni siquiera una hipótesis acerca de la etiología de la "enfermedad".

La Asociación Psiquiátrica Estadounidense está formada por grupos de distintas orientaciones: psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, etcétera. Para la elaboración del DSM-III, la asociación creó grupos de trabajo encargados de la elaboración de cada una de las secciones del manual. No obstante, dichos grupos trabajaron, según puede verse en los archivos de la institución, de manera autoritaria: Spitzer excluyó a los investigadores que no estuvieron de acuerdo con la propuesta de dicha inclusión.

Como se recordará, líneas arriba mencioné que resulta imposible la idea de que pudiéramos reconocer a las enfermedades mentales sin ayuda de instrumentos teóricos o teorías acerca de ellas. La ingenuidad de esta acción permite abusos tales como la clasificación de la timidez normal dentro del área de las enfermedades mentales.

El medicamento para su malestar

Recordemos lo que dice Lane: “Antes de vender un medicamento, tienes que vender la enfermedad”.¹³ El área de las enfermedades mentales es, a respecto, un buen ejemplo. Pocos años después de haber sido incluida en el DSM-III la categoría diagnóstica de fobia social, es aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA)¹⁴ el medicamento para tratar dicha enfermedad: el *Paral*. En pocos años generó altísimas ganancias para la compañía farmacéutica. Por ejemplo, en el año 2007 tuvo ventas por 2.7 billones de dólares alrededor del mundo.¹⁵ Ese dato puede darnos una idea de la importancia económica que la venta de este producto tiene para los laboratorios farmacéuticos y por qué resulta tan tentador aumentar el mercado; es decir, medicalizar más procesos y características humanas sin mayor apoyo que el enfoque ateorico del DSM.

Peguetños malestares de la vida cotidiana: manos que sudan antes de una cita o entrevista de trabajo, miedo a determinado evento social, enrojecimiento frente a la persona que a uno le gusta, voz que tiembla al hablar en público, etcétera, son transformados en una entidad patológica que puede ser objeto de farmacoterapia.

¿Qué problema habría con este aumento en la farmacoterapia? De acuerdo con el *British Medical Journal*: “una persona tendría mejor resultado si el problema o proceso no fuese catalogado de esta manera”.¹⁶ Es decir, la medicalización no siempre es la mejor respuesta. El carácter crítico de las humanidades y en particular, de la filosofía de la ciencia puede contribuir a una mayor prudencia tecnológica en la intervención en humanos.

Notas

1. “*Before you sell a drug, you have to sell the disease*”. C. Lane: *Synness*, p. 104.
2. J. Sanjuán: *Evolución cerebral y psicopatología*, p. 19.
3. APA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, p. XXIX.

4. Esta afirmación requiere mayor apoyo; sin embargo, no podré darlo aquí. Si se desea conocer mi argumentación véase un artículo de próxima aparición: “¿Qué es la enfermedad mental?”

5. El historiador de la psiquiatría Germán Berríos localiza a principios del siglo XX las primeras monografías psiquiátricas acerca de la timidez. La primera monografía fue escrita en 1898 por Dugas y se llamaba *Timidité*; la segunda fue escrita por Hartenberg en 1901 y se llamaba *Les Timidez et la Timidité*. En el segundo de los textos, “Hartenberg definió a la timidez como una combinación de temor, vergüenza e incomodidad, que se experimentaba en situaciones sociales y que afectaba la capacidad psicosocial por medio de ataques (*accès*) de miedo”. G. Berríos: *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, pp. 334, 345.

6. “*But DSM-III revolutionized the way psychiatrists and the public think about mental health, and Spitzer deserves much of the credit for that remarkable feat. He’s one of the men responsible for turning synness into an illness*”. C. Lane: *op. cit.*, p. 39.

7. El DSM-III, que es donde aparece por primera vez dicha categoría, solo considera tres criterios para el diagnóstico de dicha patología: Miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar la situación en la cual el individuo se ve expuesto a la posible observación de los demás, con el temor de que pueda actuar de tal manera que resulte humillante o embarazoso. Malestar significativo debido a la alteración y al reconocimiento por parte del individuo de que su temor es excesivo o irracional. Todo ello no es debido a otra alteración mental como, por ejemplo, la depresión mayor o un trastorno de la personalidad por evitación. APA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*, p. 241.

8. APA, *DSM-IV*, pp. 509–510.

9. *Op. cit.*, p. 509.

10. *Op. cit.*, p. 510.

11. El caso de una persona que tiene temor a las citas con las chicas es uno de los ejemplos que cita el DSM-IV de fobia social.

12. “*Spitzer argued strenuously that his task force was unbiased, because it was merely cataloging symptoms and thus in theory steered clear of contentious questions about their cause and treatment*”. C. Lane: *op. cit.*, p. 46.

13. "Before you sell a drug, you have to sell the disease". C. Lane: *op. cit.*, p. 104.
14. Como es bien sabido, la FDA es la Administración de Drogas y Alimentos en Estados Unidos.
15. C. Lane: *op. cit.*, p. 106. Las altas ventas de medicamentos psicotrópicos no es un fenómeno reciente: ya en los años cincuenta, los primeros medicamentos para tratar enfermedades mentales registraban ganancias muy altas.
16. "a human process or problem that some have defined as a medical condition but where people may have better outcomes if the problem or process was not defined in that way" ("un proceso o problema humano que algunos han definido como una condición médica, pero del cual la gente podría obtener mejores resultados si el problema o proceso no hubiera sido definido de esa manera"). Smith, 2002, p. 885.

Referencias

- ASOCIACIÓN Psiquiátrica Estadounidense: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tercera edición (DSM-III)* (versión de Manuel Valdés Miyar et ál), Barcelona, Masson, 1980.
- _____: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición (DSM-IV)* (trad. Tomas de Flores et ál), Barcelona, Masson, 1995.
- BERRIOS, Germán: *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX* (trad. Laura de los Ángeles Díaz Rodríguez, revisión de Héctor Pérez Rincón), Madrid, FCE, 2008.
- IONESCU, Serban: *Catorce enfoques de la psicopatología*, México, FCE, 1994.
- LANE, Christopher: *Sickness. How Normal Behavior Became a Sickness*, New Haven y Londres, Yale University Press, 2007.
- SANJUÁN, Julio: "Orígenes y fundamentos de los enfoques evolucionistas de la mente" en Julio Sanjuán (ed.): *Evolución cerebral y psicopatología*, Madrid, Triacastela, 2000.

VI. HISTORIA DE LAS MUJERES Y ESTUDIOS DE GÉNERO