

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

REHABILITACION EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS

TESIS PROFESIONAL

GUILHERME LUIZ GUIMARAES BORGES.

11-0034333

1981.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

	PAG.
PRESENTACION	1
I- MARCO TEORICO	4
1- INTRODUCCION: Psiquiatría y rehabilitación aproximación y definiciones.	5
2.0.-Marco Teorico; La Escuela Italiana de Psiquiatría	15
2.1. Caracterización de la Psiquiatría	15
2.1.1. Criticas generales a la psiquiatría ✓	16
2.1.2. Problemas teóricos-filosóficos de la psiquiatría y su modelo.	21
- 2.1.3. Diagnóstico e internamiento	25
- 2.2. Psiquiatría y Sociedad ✓	29
- 2.2.1. Modo de producción y estructura psiquiátrica. ✓	30
2.2.2. La norma de productividad	35
2.2.3. El paciente y el poder médico	38
2.2.4. Enfermedad mental: Psicopatología y estigma ✓	41
2.3. El Hospital Psiquiátrico.	44
2.3.1. Las funciones del hospital psiquiátrico ✓	45
- 2.3.2. ¿Quién va al hospital psiquiátrico?	49
2.3.3. Renovar el hospital psiquiátrico	51
2.4. Rehabilitación en Pacientes Psiquiátricos	57
2.5. Marco Teórico; Ampliación y Evaluación	65
2.5.1. Las corrientes alternativas en psiquiatría	66
2.5.2. Evaluación de la escuela italiana	85
NOTAS BIBLIOGRAFICAS DE LA PRIMERA PARTE	97
PROBLEMAS E HIPOTESIS	112

	PAG.
II- CONTEXTO Y ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL Y LA REHABILITACION EN MEXICO.	114
1.0. Caracterización de la Sociedad Mexicana	115
2.0. Algunos Aspectos de la Salud en México	120
2.1. Panorama General	120
2.2. Servicios y Gasto Público en Salud	130
3.0. Salud Mental Rehabilitación en México	144
3.1. Breve Comentario Histórico	145
3.2. La Organización de la Atención Institucional	147
3.3. Epidemiología de la Salud Mental en México.	156
3.3.1. Mortalidad	160
3.3.1.1. Homicidio	171
3.3.1.2. Suicidio	172
3.3.1.3. Alcoholismo	180
3.3.2. Morbilidad	184
3.3.3. Registros Hospitalarios	196
3.4. Rehabilitación de Enfermos Mentales en México	211
NOTAS BIBLIOGRAFICAS DE LA SEGUNDA PARTE	225
III- REHABILITACION EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO " FRAY BERNARDINO ALVAREZ" ; EL HOSPITAL PARCIAL.	231
1.0. Antecedentes	232
2.0. El Hospital Parcial	235
2.1. Aspectos Generales	235
2.2. Los Recursos	237
2.3. Los Pacientes	242
NOTAS BIBLIOGRAFICAS DE LA TERCERA PARTE	247

PAG.

248

251

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA GENERAL

PRESENTACION

El propósito de esta investigación es aportar algunos elementos, teóricos y empíricos, para el análisis del proceso de rehabilitación del enfermo mental, pero enfatizando en todo momento el curso que este proceso sigue en los hospitales psiquiátricos institucionales, es decir, aquellos que no son ni privados ni de atención mutualista.

El tema en cuestión no debe de ser subestimado. La rehabilitación de los sujetos que padecen enfermedades mentales es algo de crucial importancia para todos estos sujetos y en especial para aquellos que reciben su tratamiento en los hospitales psiquiátricos debido al estigma de que son objeto una vez concluido su paso por el hospital. En efecto, como se procurará demostrar en este trabajo, una de las consecuencias más inmediatas que sufren los pacientes psiquiátricos es la pérdida de trabajo, así como su condición de participante dentro de la dinámica familiar. En realidad los trastornos y enfermedades mentales son considerados como altamente incapacitantes, y, aunque los sujetos afectados por estos padecimientos obtengan un adecuado tratamiento terapéutico no siempre hay una preocupación por los particulares problemas con que los ex-pacientes se encuentran al tratar de reincorporarse a la sociedad. El psicólogo, como miembro del equipo capacitado para tratar estos problemas, necesita conocer todavía más a fondo los aspectos particulares que los determinan para poder enfrentarlos más adecuadamente y proporcionar respuestas científicas para su solución.

Contrasta la aseveración de casi todos los autores revisados, de que la rehabilitación del enfermo mental es esencial y de que debe ir paso a paso con el tratamiento terapéutico, con la casi nula investigación concreta sobre el tema. La ausencia de datos, perspectivas y discusión es desoladora.

En vista de lo anterior se ha considerado que este tra

bajo no podría tener otras características que el de ser un trabajo introductorio, exploratorio, en fin, piloto. Esto significa en la práctica una gran dificultad para profundizar y para comprobar en toda su magnitud las hipótesis establecidas por los autores del marco teórico, además de una necesaria dispersión llevada con la intención de procurar ubicar el contexto en donde se lleva a cabo la rehabilitación. Es decir, debido a que no se logró encontrar fuentes bibliográficas que ya hubieran contextualizado, en términos teóricos y empíricos para la sociedad mexicana, el problema de la rehabilitación en el campo de la salud mental en general, hubo necesidad de hacerlo aquí, lo que significó un detrimento inevitable del tema en cuestión. Todo esto aunado a la ya comentada ausencia de datos concretos sobre la rehabilitación en México, fueron barreras importantes para llevar a cabo de mejor forma la investigación.

Dos son los objetivos específicos de esta tesis:

I- Formular una adecuada síntesis de los trabajos realizados por la escuela italiana de psiquiatría respecto al problema de la rehabilitación de los enfermos mentales institucionales. Dicha escuela se genera a partir de la década de los 60's como resultado de la práctica institucional realizada por Franco y Franca Basaglia, Giovanni Jervis, Domenico Casagrande, Agostino Pirella, y otros más. Se le ha escogido como marco teórico debido al énfasis que ponen en el trabajo psiquiátrico que tiende hacia la rehabilitación; es decir, consideran estos autores que el trabajo psiquiátrico sólo está completo cuando el paciente logra su rehabilitación en la sociedad. Así, se ha procurado en el marco teórico rescatar los comentarios dispersos en los textos de esta escuela y demostrar implícitamente que el problema de la rehabilitación es un hilo conductor, una gran vertiente hacia donde fluye el trabajo de la psiquiatría italiana representada por estos autores. Por otro lado la escuela italiana ha realizado una serie de experiencias prácticas de suma importancia y cuyo significado global ha abalado la psiquiatría contemporánea.

Esta síntesis que se ha pretendido lograr tiene dos propósitos que son, en primer lugar se útil como marco teórico para siguientes investigaciones que profundizaran el problema de la rehabilitación u otros que se desprenden de las posiciones de la escuela italiana. v. en segundo lugar se trata de averiguar si al

gunas de estas tesis son aplicables en el estudio de la rehabilitación de los enfermos mentales en México.

II- El segundo objetivo específico, derivado del primero, es el realizar un estudio exploratorio sobre la situación de la rehabilitación de los enfermos mentales en México, teniendo a la vista el marco teórico señalado.

Este estudio se ha dividido en dos partes. La primera parte debe contestar algunas preguntas que proporcionen una visión global y empírica de las tendencias generales que la sociedad mexicana imprime al proceso de rehabilitación de los enfermos mentales. Para esto se ha dado un gran rodeo con la función de caracterizar el marco general de la salud mental en México, procurando agrupar los diferentes datos dispersos en varios artículos para de ahí llegar propiamente a la rehabilitación. La segunda parte busca particularizar estas tendencias globales encontradas a través de un estudio exploratorio realizado en un hospital psiquiátrico del Distrito Federal, representativo tanto como institución como por la población a la que da asistencia.

I- MARCO TEORICO

1- Introducción : Psiquiatría y rehabilitación, aproximación y definiciones

En esta introducción se debe establecer los principales conceptos que se utilizarán en este trabajo para, en el siguiente apartado del marco teórico, examinar algunas de las dificultades que conllevan.

Esta tarea definitoria tropieza con algunos problemas que son importantes de aclarar para comprender porque se ha decidido dar esta forma a la introducción.

En primer lugar hay múltiples formas de abordar a la psiquiatría, diversas corrientes teóricas que debaten entre sí el predominio en este ámbito del saber, corrientes teóricas que, incluso, se ven asociadas a cierta forma de nacionalismo de manera tal que se habla de psiquiatría alemana (identificada con una excesiva preocupación por las categorías nosológicas), psiquiatría norteamericana (que enfatizaría más la aplicación de métodos terapéuticos al tiempo que margina la nosología y la descripción clínica)¹, psiquiatría francesa, etc., y sin hablar del problema de la constitución del psicoanálisis y sus dificultades de ser aceptado por la psiquiatría "oficial". Si bien a partir de la 2- Guerra Mundial se avanza en el proceso de integración del conocimiento psiquiátrico, lo cierto es que todavía se puede encontrar discrepancias en los diversos textos revisados.

Un segundo problema, en apariencia algo contradictorio con el primero, es una cierta ausencia de precisión en los textos en lo referente a definiciones, delimitación de objeto de estudio, métodos, y otros problemas afines. En un texto reciente de Introducción a la Psiquiatría, Castilla del Pino señala que "Es curiosa la constancia con que se soslaya la conceptualización de la psiquiatría... Contrasta esto con la aseveración de que la Psiquiatría es una ciencia médica y que se apoya en las ciencias naturales, sin que se definan los límites de la Psiquiatría ni el objeto propio de la misma."²

Así, teniendo en vista por un lado las múltiples defini-

ciones que es posible dar de los principales conceptos de la psiquiatría, según el anclaje teórico y, por otro, cierta inconsistencia en las definiciones se ha decidido aquí a no dar una exclusiva definición, puesto que esto significaría necesariamente optar por un marco referencial que no cabe en esta introducción y dejar de lado las inconsistencias señaladas anteriormente, sino más bien expresar diversas definiciones procurando, no obstante, ordenarlas y no ser repetitivos sin necesidad.

Según el diccionario de Brussel y Gantzlaar la psiquiatría es una "Rama de la medicina que trata con el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades mentales y del retraso mental"³. Aunque no definen propiamente la psiquiatría Solomon y Patch afirman en la introducción de su manual " La convicción de que la psiquiatría es, antes que nada, una rama de la ciencia médica. Aunque cierto es, que la práctica clínica de la psiquiatría es todavía más un arte que una ciencia, una ciencia joven e imperfecta es a pesar de todo una ciencia."⁴; afirman también que tiene un raigambre en la neurología y que sus áreas más oscuramente comprendidas son aquellas que tienen que ver con la etiología de los trastornos mentales.

También el texto de psiquiatría clínica de Mayer-Gross empieza afirmando en su introducción que "... gran parte de nuestros conocimientos clínicos pertenecen todavía mucho más al arte que a la ciencia de la medicina."⁵, aunque dedica gran espacio en seguida para enfatizar el necesario anclaje médico de la psiquiatría y, en seguida, afirma que " La psiquiatría ha sido definida por Curran y Guttman como la rama de la medicina que se ocupa especialmente del estudio, prevención y tratamiento de todos los tipos y grados de enfermedad mental, cualquiera que sea su causa. Podríamos ir un poco más allá y decir que la psiquiatría es aquella rama de la medicina en la cual los fenómenos psicológicos son importantes como causas, signos y síntomas o agentes curativos. En todo caso, debemos considerar el objeto de nuestro estudio y la manera de encararlo como esencialmente médicos, y la salud de los individuos como meta final."⁶, y todavía agrega más adelante que " El médico general y el neurólogo

go consideran las manifestaciones físicas como el foco principal de su interés, y es realmente sólo en esta característica más bien poco importante en lo que se distingue del psiquiatra."7

Hasta aquí se tiene entonces que la psiquiatría se considera como parte del saber médico general, poco desarrollada en algunos aspectos pero celosa de la dignidad científica que la medicina le proporciona y, aunque, como dice Mayer-Gross, en ella lo psicológico es importante no significa realmente una separación tajante con los otros ámbitos de la medicina. Stafford-Clark avanza un poco más en la conformación del campo de la psiquiatría cuando afirma que " La psiquiatría es la parte de la medicina que se ocupa fundamentalmente de los desórdenes del pensamiento, la vida afectiva y la conducta... Pero el campo especial de la psiquiatría se limita al estudio de aquellas perturbaciones de la experiencia subjetiva o de la conducta objetiva que son por sí mismas causas de incapacidad... Entendido en este sentido, el campo resulta amplio; incluye la reacción emocional normal a la enfermedad o el trastorno físico de cualquier clase, así como los efectos que tiene la emoción sobre la función y la estructura corporal, particularmente los efectos anormales de las emociones excesivas y bloqueadas."8, y agrega adelante para terminar de completar el cuadro que " Se incluye también en el campo de la psiquiatría aquellos desórdenes que surgen de una falla de funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, ya se deban a imperfecciones de desarrollo, a una enfermedad o a lesiones. Finalmente, se hallan aquellas enfermedades que se presentan como anormalidades de la conducta, la adecuación o adaptación de la vida humana en respuesta al ambiente; anormalidades que se relacionan con factores hereditarios o constitucionales, con el impacto de la tensión excesiva o con causas que aún permanecen por completo desconocidas."9. Según el mismo autor independiente de la múltiple etiología, los efectos comunes que producen y que conforman los aspectos generales de estos fenómenos son: " en primero lugar, un deterioro de su capacidad tanto para interpretar sus propias experiencias como para comunicarlas a los demás; en segundo lugar, como consecuen

cia de esto, un deterioro de su capacidad para establecer relaciones con las demás personas."10. Todas estas definiciones formuladas hasta ahora tienen en común no solo la definición de la psiquiatría como parte de la medicina sino que la consideración de que la enfermedad mental, los síntomas, etc., son accesibles al conocimiento a partir del modelo médico general.

Son posibles, no obstante, ciertas modificaciones en este esquema. Por ejemplo para Paolo Pancheri la psiquiatría es también " una rama particular de la medicina que se ocupa del tratamiento de la conducta patológica"11, pero señala algunas analogías y diferencias entre una y otra. Así, las semejanzas entre la psiquiatría y otras ciencias médicas serían; 1-Que ambas postulan la existencia de la normalidad y la patología, 2-Ambas utilizan terapias para lograr un cambio de la enfermedad a la normalidad, y 3-" La aceptación de determinadas reglas y convenciones sociales para caracterizar los roles del hombre sano y del enfermo"12. Las diferencias a la vez serían: 1-En primer lugar y lo más importante, en el objeto de estudio y en las intervenciones, ya que la medicina trabaja con lesiones, alteraciones, disfunciones somáticas, mientras que " En psiquiatría, el objeto está constituido por los comportamientos desviados respecto a una norma socialmente establecida, vale decir por algo que tiene que ver con la comunicación entre seres humanos, más que con la lesión de un órgano o una disfunción metabólica"13, 2-La psiquiatría enfatiza más los elementos sociales, comunicacionales en la génesis de la enfermedad, y 3-En la psiquiatría toma especial importancia la influencia del médico, en la enfermedad y su cauce. No se comentará ahora el significado, muy importante, de la primera diferencia y la tercera semejanza; lo que interesa aquí es señalar las diferentes aproximaciones.

Otra aproximación que es importante señalar por las constantes referencias de que es objeto es la del tratado de psiquiatría de Henry Ey que define a la psiquiatría como " una rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la 'vida de relación' a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia".14

Ahora bien, para Ey el concepto de adaptación no debe ser considerado como algo automático, como un condicionamiento riguroso; respecto al concepto de patología aclara que " precisamente por que la Psiquiatría postula una diferencia entre lo normal y lo patológico en el hombre considerado por el médico en el plano de su humanidad y no solamente en el plano de su vitalidad, es por lo que la 'norma' no puede ser tomada absolutamente como una media, una mediocridad o un conformismo mecánico. Lo que es 'anormal' para el psiquiatra no es la desviación de la media estadística (desviaciones o excepciones cuantitativas)." ¹⁵. En fin, propone que la idea de norma debe ser sustituida por la de normativa que tenga en cuenta el diagnóstico, los límites conceptuales de la enfermedad y su estructura patológica definible y reconocible por su semiología, evolución y etiopatogeneia.

Por último se tiene una definición de Carlos Castilla del Pino que se decidió seleccionar por ciertos aspectos novedosos que implica y por la consideración de las aportaciones psicoanalíticas a su definición; dice: " Defino la Psiquiatría como aquel ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta) cualquiera sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, en lo que concierne a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica." ¹⁶. Hay muchos puntos polémicos en esta definición, pero lo importante ahora es señalar la importancia que se da a la historicidad, en tanto que parte de la medicina y en tanto que se refiere a un objeto también móvil, así como a la importancia que se le da a la interpretación de la conducta y no sólo a la investigación biológica, neurológica o fisiológica de ésta.

Varios puntos quedan fijos de todas estas definiciones, a saber, el contenido médico que se le atribuye a la psiquiatría y que, como se ha visto, puede variar como una fuerte raigambre hasta un contenido más laxo e histórico; las definiciones implican una concepción de lo normal y lo patológico que también puede variar de una concepción básicamente estadística, a una normativa (Ey) hasta una misma historización del concepto de norma

y su delimitación dentro del plano ideológico cuando no se aplica a una alteración del juicio de la realidad sino como juicio de valor (Castilla del Pino)¹⁷.

En varias de las definiciones se encuentran referencias a un proceso adaptativo aun cuando no queda del todo claro qué significa; se puede entonces recurrir a Freedman y Kaplan quienes, con una posición multicausal, dicen: " Las manifestaciones clínicas de la enfermedad psiquiátrica son el resultado de la interrelación de fuerzas complejas: biológicas, socioculturales y psicológicas. Estas manifestaciones clínicas son esencialmente expresiones de una crisis en el proceso adaptativo. La adaptación, desde el punto de vista psiquiátrico, se refiere a una serie de cambios que ocurren en el interior de una persona, como resultado de los cuales satisface sus deseos y necesidades en relación a sus satisfacciones personales y a las realidades de su ambiente. Las alteraciones de estos procesos se manifiestan principalmente como anomalías del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta." ¹⁸

Lo importante, el cual se abordará extensivamente adelante, aunque no esté presente directamente en las definiciones citadas encima es el referente al proyecto clasificatorio, nosológico, de la psiquiatría. En su glosario de terminología psiquiátrica Freedman y Kaplan definen la nosología como: " ciencia de la clasificación de las enfermedades" ¹⁹; los mismos autores afirman que " En general, la clasificación es un medio para reducir la complejidad observando las analogías que existen en un conjunto dado de observaciones, y entonces agruparlas de manera abstracta con el fin de tratar con ellas más fácilmente, como un número convenientemente pequeño de cosas. En psiquiatría clínica, las clasificaciones están al servicio de importantes funciones respecto a la educación, tratamiento, comunicación profesional para el registro y consulta de datos, la investigación y la administración." ²⁰

El proyecto nosológico en psiquiatría plantea una serie de problemas que no se pueden abarcar aquí en su totalidad; no obstante se pueden señalar aquí dos de ellos, a saber, en primer lugar todas las críticas que se han hecho de la nosología kraepeliana no significa que se le haya abandonado en la prác-

tica sino, como dice Castilla del Pino, "La crítica del pensamiento clásico y su casi total demolición, no ha llevado aparejada la construcción de alguna otra sistemática de bases sustancialmente más firmes. Puede decirse sin exageración que nuestra postura actual difiere de la clásica tan sólo en una mayor consciencia de su provisionalidad y de su esencial problematismo,"²¹, lo que en verdad representa una posición avanzada ya que no todos los psiquiatras consideran estos puntos de provisionalidad y problematismo debido a que lo que subyace a la controversia de la nosología, y entremos ya en el segundo punto, es el carácter que se le atribuye al concepto de enfermedad mental,

Aquí se entra en un campo demasiado pantanoso en el que se pueden observar, grosso modo, tres posiciones al respecto. Una primera posición está ejemplificada por Mayer-Gross quien dice: "¿Qué queremos significar con el término enfermedad? Según contextos especiales esta palabra puede encerrar diferentes significados, pero con ella queremos indicar un estado en el cual existe un cambio físico en el organismo que no será completamente reversible si avanza demasiado. En este último caso se encontrará, ordinariamente, una alteración estructural, pero de cualquier modo, existirán cambios funcionales cuya naturaleza será determinada por sus sustratos físicos"²², es obvio que como esta posición plantea una univocidad conceptual entre enfermedad "física" y "mental" para estos autores " No hay razón alguna para que existan diferencias de principio entre la nosología psiquiátrica y la de otras ramas de la medicina. El fin último de la medicina clínica es descubrir las causas de la enfermedad, clasificar las enfermedades por sus causas y fundamentar la prevención y el tratamiento en estos conocimientos etiológicos."²³

Una segunda posición que busca diferenciar más la especificidad de la psiquiatría se puede encontrar en Sainsburg para quien " los trastornos psiquiátricos no son 'enfermedades' en el sentido de que estas son consideradas en medicina general... En psiquiatría, la delimitación de las causas no es tan neta y pueden darse grandes variaciones en cuanto a los estados clínicos ya que, en la mayoría de los casos, el cuadro clínico que

presenta el paciente constituye el resultado de múltiples factores."24, y para el mismo autor el significado que adquiere la el significado que adquiere la nosología es en el sentido de que " Colocar a un paciente una etiqueta diagnóstica, tras una profunda apreciación de sus síntomas y signos, así como de los factores que han dado lugar a la aparición de éstos, proporciona una amplia orientación general por lo que se refiere a su tratamiento"25.

Por último está la posición ejemplificada por Castilla del Pino para quien hay que ser cauto en la utilización de un concepto de enfermedad calcado sobre el soma ya que la disfunción mental no es necesariamente estable, es decir, persistente en cualquier contexto situacional y personal, característica esencial para la definición del enfermo físico; así, concluye el autor, " El modelo 'enfermo' es, pues, útil en las psicosis de fundamento orgánico, como hemos visto antes, pero deja de serlo en las denominadas paranoides, esquizofrénicas y afectivas."26

Relacionado con el segundo punto central, la rehabilitación, hay también algunos conceptos importantes. En primer lugar está bastante claro para la mayoría de los autores que hay una diferencia entre cura y rehabilitación, en el sentido de que el primer concepto se refiere al ataque directo de los síntomas y causas de la enfermedad mental, mientras que el segundo se refiere más a los efectos "secundarios" de la enfermedad. Así, Kandel y Willians dicen: " Sean cuales fueren la etiología y el curso de los desórdenes mentales estos son acompañados habitualmente por una seria perturbación de las interacciones sociales del paciente... En la tarea de rehabilitación se acepta como su posición de trabajo que, aparte- y además - del ataque directo al proceso primario de la enfermedad, mediante la psicoterapia, por ejemplo, es posible hacer algo para ayudar al paciente, a fin de que actúe en forma más adecuada dentro de su mundo social y constituya de este modo un drenaje menor de energía para las personas que lo rodean." ; según los mismos autores si la prevención primaria es la reducción de la influencia de la enfermedad, la secundaria la reducción de su avance, la rehabilitación entraría en el ámbito de la prevención terciaria, es decir, se

ciudad.

Según Ey la preocupación por la rehabilitación surge en una etapa reciente, así "La medicina moderna, evitando tratar al hombre enfermo fuera de su medio ambiente, y buscando una solución médico social a la enfermedad, se esfuerza, mediante la etapa de la rehabilitación social, en perfeccionar su acción. Así ocurre también en psiquiatría. Es sabido, en efecto, que el retorno del enfermo mental a la sociedad, con el mejor ajuste y la mejor readaptación familiar y profesional, es el objetivo práctico del tratamiento psiquiátrico. Pero este retorno a la vida social, ya laborioso en toda enfermedad un poco larga, lo es aún más en este caso, en que una desadaptación más o menos lenta ha precedido, algunas veces, a la enfermedad propiamente dicha y ha cansado y agotado desde hace tiempo la colaboración tan preciosa del medio familiar y del medio profesional. Cuando no es la personalidad premórbida la que ha preparado desfavorablemente el retorno del enfermo, son los prejuicios colectivos los que se encargan de ello"³³, o sea, que la enfermedad mental plantea dos problemas básicos para una adecuada rehabilitación (además de problemas de recapacitación propiamente) como serían el agotamiento de la dinámica social y el estigma de la enfermedad mental.

Sin embargo, no todos los psiquiatras están concientes de estos dos importantes problemas. Para Sainsbury " los principios que se aplican en medicina física se usan así mismo con los pacientes psiquiátricos, los cuales deben ser animados a considerar, desde el principio de su enfermedad, la posibilidad de una futura existencia normal. Para ser realistas, debemos decir que en algunas afecciones psiquiátricas resulta difícil garantizar, al igual que en ciertas incapacidades somáticas, un futuro pleno y permanentemente productivo, pero la finalidad perseguida ha de ser obtener un máximo de capacidades y alentar al paciente a mantener la imagen de sí mismo como ciudadano útil a la sociedad... El paciente no estará plenamente rehabilitado hasta que empiece a desenvolverse de nuevo en la comunidad"³⁴

2.0. Marco Teórico: La Escuela Italiana de Psiquiatría.

2.1. Caracterización de la psiquiatría.

"La psiquiatría es la práctica de una contradicción. Digamos, esquemáticamente para empezar, entre una finalidad terapéutica proclamada en voz alta y ciertas funciones político-administrativas de control social"

(Robert Castel, La contradicción psiquiátrica.)

2.1.1. Críticas generales a la psiquiatría

Los planteamientos dispersos de la crítica a la psiquiatría que ya se venían dando desde los principios del siglo¹ presentan una primera sistematización en los finales de la II Guerra Mundial. Los puntos sobre los que se centra el debate son:

- 1- El polo institucional, como denuncia de la institución manicomial,
- 2- El polo del saber, o sea, crítica al modelo médico clásico y a la visión de la psiquiatría según este modelo.
- 3- Un polo político que cuestionaba el papel del psiquiatra como guardián de las normas sociales dominantes².

De Europa la crítica pasa rápidamente a los Estados Unidos de Norteamérica, durante la década de los 50's en las personas de Goffman y Szasz, y regresa otra vez a Europa con un auge en los 60's a partir de las obras de los ingleses, principalmente D. Cooper y R. Laing, italianos, como F. Basaglia y G. Jervis, y llega por fin a Francia.

En los diversos momentos, países y personas por los que pasa, esta crítica toma variadas formas y énfasis. Se tratará de desarrollar primeramente la posición de la escuela italiana para el marco teórico y más adelante se comentará su relación con las demás tendencias.

La crítica italiana nace de una experiencia práctica desarrollada en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia, experiencia que dura desde 1962-63 hasta 1972 con la renuncia de los médicos encargados. Otras experiencias se realizan posteriormente en el Hospital psiquiátrico de Trieste; prácticas psiquiátricas se llevan a cabo también en fábricas, barrios, y otros ambientes extra-hospitalarios. Lo que a lo largo de este trabajo se llama "escuela italiana" es justamente esta corriente de psiquiatría italiana que trabajando en el interior del sistema asistencial busca, no obstante reformular y explicitar las funciones sociales y políticas de esta práctica, subvertiendo al mismo tiempo las relaciones internas de poder que se dan en el Hospital Psiquiátrico (asilo, manicomio, o como se quiera llamar).

Lo primero que se puede encontrar en la escuela italiana es un cuestionamiento al tercer polo identificado más arriba, a la función del psiquiatra como guardian con el deber de "...asegurar legalmente la disciplina de aquellos grupos que no 'consienten' ni activa ni pasivamente"³, es decir cuestionamiento y toma de conciencia del carácter represor de la institución y del encargado de ella, el psiquiatra. Ahora bien, de esta crítica a la institución se pasa a una crítica que abarca los polos primero y segundo descritos. Así, se considera al manicomio como un "...instrumento terapéutico y de control, de rehabilitación y de segregación, donde el consentimiento del controlado y del segregado es obtenido a priori a través de la mistificación de la terapia y de la rehabilitación"⁴. Se entra aquí en la contradicción psiquiátrica que, siguiendo a Basaglia, señala Castel, siendo obvio que esta contradicción implica un cuestionamiento del mismo saber psiquiátrico. Es así que dice Basaglia, cerrando el círculo, que "...el encuentro con la realidad institucional ha evidenciado elementos- en abierta contradicción con la teoría técnico-científica- que remiten a mecanismos ajenos a la enfermedad y a su curación. Lo cual sólo puede poner en cuestión las teorías científicas relativas a la enfermedad, así como las instituciones sobre las cuales descansan sus acciones terapéuticas, y remitirnos a la comprensión de estos 'mecanismos ajenos' que tienen sus raíces en el sistema social, político y económico que los determina"⁵.

Franca Basaglia, siguiendo a Goffman, caracteriza al hospital psiquiátrico como una institución totalitaria en donde la función de vigilancia condiciona toda la vida de los pacientes, siendo que este carácter coercitivo-defensivo de la institución marca los límites del comportamiento del enfermo en el sentido de que todas sus reacciones son tratadas de explicar únicamente en base a su enfermedad⁶. Movido bajo una lógica férrea el carácter patológico de la institución tendrá un efecto directo sobre el paciente llegando a conformar una cara institucional de la enfermedad, o sea, lo que se podría llamar de locura institucional. Así, "El nivel de degradación, de objetivación y de aniquilación total que presenta, es con mucho, menos la pura expresión de un estado mórbido que el producto de la acción destructora de una institu--

ción desdinerada a proteger de la locura a los normales"⁷. Esta es una cara que se superpone al padecimiento inicial, que aumenta la regresión del enfermo y que la escuela italiana busca rechazar en su labor de transformación, o sea, "...rechazo a la enfermedad inducida por la reclusión, por la reificación a que los enfermos están constreñidos"⁸. Se puede seguir la conclusión que hacen Jervis y Schittar en este sentido al decir, en el contexto, que "La psiquiatría como disciplina científica y práctica queda dentro de la propia patología y no fuera de ella: es fuente de trastornos mentales, patología ella misma"⁹.

Pero ¿de dónde surge este hospital totalitario, y en dónde la psiquiatría fundamentalmente esta función custodial? Hay dos puntos que pueden ayudar a recuperar los problemas del nacimiento de la psiquiatría en los alienistas del siglo XIX.

Es sabido que el médico no tiene, hasta el siglo XIX, un papel importante en lo referente a la enfermedad mental y que si bien participa en su descubrimiento y en su cura lo hace al lado del juez, de la iglesia y de otros sectores de la sociedad. La medicina especial, como se autocalifica la psiquiatría del siglo XIX, no se limita a conformar su espacio de lo patológico sino que se arroga la función legal sobre la sociedad y sus miembros. Dice Esquirol: "Aquí se manifiesta la importancia de la función del médico llamado a juzgar si un individuo debe ser puesto fuera del derecho común"¹⁰. Ahora bien, el problema del aislamiento planteado por Esquirol -con el consiguiente problema legal- responde no solamente a una medida médica cuyo objetivo es frenar los delirios del paciente, sino que también es una medida de secuestro cuya necesidad es planteada en el ámbito social, a partir de una investigación realizada en 1818 demandada por el ministerio del interior francés, "preocupado por los innumerables problemas de orden administrativo, jurídico y financiero plantado por los 'insensatos'¹¹. Para completar el cuadro del nascente Hospital Psiquiátrico Pinel formula la noción de establecimiento especial y ordena a los reclusos del hospital según sus síntomas, incorporando una noción médica al establecimiento represivo.

El resultado final de esta operación es que "El espacio de la detención es el mejor ambiente terapéutico y, vice-versa, el asilo terapéutico es un lugar de detención tan eficaz como la

mejor posición... El poder saber médico se ha unido perfectamente con la autoridad represiva, pero el fantasma de la arbitrariedad ha sido alejado, porque la operación ha sido cubierta por la racionalidad de la medicina"¹². Este proceso, sin embargo, no ha dejado de tener difíciles consecuencias. Julian Espinosa afirma que "La psiquiatría no nace como fruto del desarrollo de cierta parcela del saber médico -como ha ocurrido con otras especialidades: cardiología o neurología, por ejemplo-, ni tampoco como consecuencia directa del desarrollo de ciertas técnicas diagnósticas-oftalmología, urología-, sino que aparece tras hacer médico un problema primariamente social y sin contar, además, con un cuerpo de doctrina coherente que justifique su presencia en las instituciones"¹³, lo que quiere decir que tras una necesidad social la psiquiatría del siglo XIX plantea una respuesta técnica cuya carencia es manifiesta por el empirismo y dogmatismo de sus proposiciones centrales y cuyo resultado es la incorporación masiva, en su teoría y en su práctica, de los valores dominantes de la sociedad de la época, proceso bastante claro en los psiquiatras del tratamiento moral¹⁴.

La psiquiatría nace y se mueve en el seno de una contradicción que no ha sido superada con el desarrollo de las nuevas técnicas terapéuticas y que, incluso, tiende actualmente a ensanchar más su campo de acción social tomando como suyos problemas, hasta hace relativamente poco tiempo, bastante relegados de su práctica (por ejemplo el alcoholismo o la prostitución que tienden a ser cada vez más medicalizados y apartados de la óptica social para ser considerados como problemas psicológicos). Frente a una realidad compleja, la del enfermo con sus características sociales y psicológicas, la psiquiatría ha optado históricamente por subsumir la contradicción en términos médicos, pero no por eso ha sido capaz de solucionarla. Todo lo contrario esta excesiva medicalización y su correspondiente ideología, alastrada a la sociedad, en forma de prácticas y actitudes hacia el enfermo mental, ha dificultado la producción de soluciones globales al problema de la locura y de la desviación. Así, pues, la psiquiatría ha servido de dos formas para el ocultamiento de estas contradicciones sociales: como institución proporciona un espacio físico de ocultamiento de las contradicciones, y como disciplina ha ideologizado el proble-

ma de la existencia de la contradicción, allí donde se hace palpable, justificándola.¹⁵

Frente a la institución y a la violencia que la psiquiatría asume en su práctica la propuesta italiana ha sido la de denunciar constantemente la pseudoautonomía de esta disciplina, y la función que cumple en el interior del sistema social como aval de una discriminación que no puede ser identificada únicamente con el sufrimiento mórbido que en un momento dado presenta el sujeto sino que debe ser referida también a las reglas del poder transgredidas por él. Es en este sentido que Castel caracteriza a la psiquiatría como "...una práctica de sustitución, es decir, en una cierta medida, de una cobertura técnica a un problema de poder que se plantea en primer lugar en otro sitio. Más bien; que este desplazamiento de una contradicción sociopolítica a una solución técnico-científica es el problema fundamental al que históricamente ha correspondido la existencia de una medicina mental y aun hoy ésta renueva cada día su operación autofundadora"¹⁶. El resultado final de esta práctica de sustitución ha sido el alejamiento de los fenómenos sociales y políticos- tanto bajo su forma interpretativa como también genética- como constitutivos de los problemas referentes a la psiquiatría¹⁷.

2.1,2, Problemas teóricos-filosóficos de la psiquiatría y su modelo.

Pretender hacer una exposición de la posición de la escuela italiana respecto a los problemas epistemológicos y metodológicos de la psiquiatría choca ante dos barreras. Por un lado cierta carencia teórica de esta escuela que es patente en varios aspectos y que se dejará para comentar más adelante, y, por otro lado una falta de teorización que responde a los deseos mismos de los autores en tanto que consideran que el problema de la psiquiatría es básicamente un problema institucional.

En efecto, después de hacer un recuento de algunos de los problemas por los que pasa la rehabilitación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos, problemas que caen fuera del ámbito propio de la enfermedad, Basaglia dice que "el objeto de nuestra acción no debe ser la lucha contra la enfermedad mental, ni tampoco la esquemática afirmación según la cual la enfermedad mental no existe sino como producto social...La verdadera lucha debería ahora dirigirse contra la ideología que tiende que tiende a encubrir toda contradicción natural convirtiéndola en una modalidad adaptada a los instrumentos de gestión y de control de que progresivamente disponemos"¹⁸; es decir, el problema no es el de obtener una definición más o menos precisa de la psiquiatría, un mejor abordaje, en términos teóricos, a la enfermedad mental, etc, sino que el centro de la problemática debe ser ocupado por una lucha de denuncia de las condiciones reales de la psiquiatría y de la ideología que la sostiene.

Tomando estos factores en consideración se puede exponer los principales puntos que la escuela italiana resalta respecto a estos problemas epistemológicos.

Ante la visión de la degradación humana patente en los pacientes de los hospitales psiquiátricos tradicionales son posibles dos posiciones antagónicas, ambas criticadas por los italianos. Una primera de carácter eminentemente empirista, totalmente presa de la estructura hospitalar, propone reformar al hospital en sus elementales, como una mejor disposición de las camas, reformas decorativas, y otras parecidas; esta primera posición se basa en la especificidad técnica de que "los enfermos mentales deben ser cuidados, puesto que incontestablemente tienen necesidad

de ello. Deben ser objeto de cuidados particulares, puesto que los límites y las dificultades técnicas (que solo las personas competentes saben apreciar) prohíben la utilización de terapias más rápidas, más eficaces y menos desagradables"¹⁹. Se ve que en realidad esta no es más que la argumentación de la ideología de la custodia, contraparte de la represión visible del hospital que, como se vió en el punto anterior, tiene sus fundamentos también en necesidades muy poco médicas.

Una segunda posición propone una crítica extremista que identificaría el problema de la enfermedad mental con las demandas sociales, negando cualquier especificidad a la psiquiatría y a la enfermedad mental; esto sin embargo es problemático, y se puede afirmar con Jervis que "se han aceptado demasiadas veces con entusiasmo las consideraciones sumarias sobre el 'mito de la enfermedad mental', sin ver claramente las dificultades y las contradicciones que conlleva, por necesaria que sea, una destrucción de la imagen tradicional (tanto 'vulgar' como 'científica') de la locura"²⁰.

La psiquiatría, en tanto que encuadrada en el modelo médico, presenta en realidad una serie de problemas en los fundamentos mismos de su concepción. Lo que se critica en primer lugar es la visión de la salud como valor absoluto y la enfermedad como accidente "que interfiere el normal desarrollo de la vida, como si encontrara encerrada entre la vida - la muerte"²¹. Esta sería una de las características de la psiquiatría que los italianos han llamado de alejamiento de las contradicciones en el sentido de que la psiquiatría no asume las contradicciones reales, ni las procura vivir en forma de superación, sino que simplemente las niega.

Ya dentro de su marco de acción la psiquiatría positivista considera que un comportamiento es anormal "no por sus caracteres fenoménicos sino porque no es otra cosa que la manifestación exterior y directa de una enfermedad de las funciones superiores del sistema nervioso,"²², siendo este un acercamiento que históricamente ha sido dominante en la psiquiatría. Ahora bien, desde un principio mismo este esquema de la medicina aplicado a la enfermedad mental ha traído especiales complicaciones ya que "un desorden posee ciertas características intrínsecas, que lo definen co-

mo tal; es pérdida de función, disgregación, muerte, y no desviación con respecto a una norma convencional. En realidad la noción misma de enfermedad, en general, no era nada fácil de definir, y la simulación de los trastornos mentales a las enfermedades orgánicas terminaba por realizarse sobre un plano empírico y aproximativo.²⁴ y si bien la etiología sífilítica ha servido de paradigma para esta visión de la psiquiatría no se puede decir que se hayan logrado resultados definitivos en otros intentos, como la búsqueda de una explicación orgánica para la esquizofrenia, y los intentos de explicación de la criminalidad por un cromosoma específico si no resultan ridículos si son francamente reaccionarios.

Este modelo entra en crisis en la medida en que los trastornos mentales no pueden ser descritos naturístamente, y en la medida en que las terapias farmacológicas son sobre todo sintomatológicas y no logran modificaciones positivas ni a mediano ni a largo plazo. Se puede, entonces, concluir con Jervis en que "Lo que ya resulta imposible de sostener es el carácter 'natural' de la enfermedad, y la posibilidad de una relación directa de causa a efecto entre los desarreglos cerebrales, más o menos hipotéticos, y la forma como el 'enfermo' consigue o no consigue vivir en sociedad. En la mayor parte de los casos, la hipótesis de una lesión cerebral resulta infundada, artificiosa o irrelevante; en efecto, el trastorno interpersonal sólo toma sentido en el seno de la dinámica social que poco a poco le dió cuerpo, y que de este modo creó su enfermo, negándole, gradualmente, la posibilidad de mantener relaciones sociales."²⁵

Esto plantea el problema, que se abordará con más detalle un poco más adelante, de la nosografía psiquiátrica en el sentido de que las clasificaciones diagnósticas están elaboradas bajo un modelo médico aunque se carece, en la mayoría de los casos, de un correcto sustrato orgánico. No obstante esta carencia "la enfermedad mental fue considerada como un estado del que aún no se conocía el origen, mientras que se daba por descontado el hecho de este origen tenía que ser orgánico."²⁶ Es claro, entonces, que todas estas insuficiencias en la teoría y en el modelo organizativo que siguen varias corrientes de la psiquiatría, sobre todo las predominantes oficialmente, preparan los límites para el encuentro que se dará con el paciente en tanto que considerado como

cuerpo enfermo pero "en la medida en que no está en condiciones de hacer una etiología o una patogenia de la enfermedad mental, las referencias al cuerpo del enfermo como 'terreno morbosos' son insuficientes y exentas de una real verificación científica",²⁷

Otro aspecto importante que implica esta posición organicista sobre la enfermedad mental, denunciada por la escuela italiana, es la negación del proceso de enfermedad como un producto histórico-social. Es claro que en la medida en que sólo se visualiza la contradicción biológica-orgánica, -inegable por otro lado- como única responsable de la enfermedad mental, todo el aspecto opresivo determinante para la conformación del enfermo es olvidado, su enfermedad y su condición de enfermo son llevados a representar la totalidad de la vida del sujeto, y así no se ve que estos fenómenos se tratan de "...un proceso en el cual están implicados la historia, el ambiente, los valores, las relaciones y los procesos sociales en los cuales cada vida individual está siempre implicada. El fenómeno negativo es un momento relativo a un complejo de factores biológicos, psicológicos y sociales, pero es aislado y convertido en absoluto y natural para justificar su carácter inmodificable"²⁸, y si este es un fenómeno natural, inmodificable, no cabe otra alternativa que su contención por medio de la exclusión, por el internamiento opresivo y segregativo. Por fin, el énfasis de la escuela italiana en el sentido de historizar el problema de la psiquiatría es en el sentido de dejar de considerar la enfermedad, y las acciones que el sujeto pueda cometer, como un dato al que hay que considerar en toda su naturalidad, sino como un producto cuya historia hay que recuperar para su correcta comprensión y para una práctica liberalizadora²⁹.

2.1.3. Diagnóstico e internamiento

Las limitaciones señaladas anteriormente en el modelo médico que toma la psiquiatría para la delimitación y actuación sobre su objeto van a tener graves consecuencias. En efecto, hay que preguntarse, ¿sobre qué bases realiza la psiquiatría sus diagnósticos (éstos intentos de codificar la diversidad) si la base de su conocimiento «los desajustes orgánicos» son insuficientes para tal cometido, y si es así, cuál es la función de estos diagnósticos? La contestación a estas preguntas, según Basaglia, es que "los diagnósticos psiquiátricos, en efecto, han adquirido ya valor de categoría, en el sentido de que corresponden a la colocación sobre el enfermo, de una etiqueta, de un estigma, más allá de los cuales no existen posibilidades de acción o de relación...cuya finalidad parece consistir en la separación de lo que es normal de aquello que no lo es."³⁰

Si el diagnóstico es en primer lugar una forma de separación de lo normal-anormal, la locura aparece, desde un principio, como un comportamiento desviado, violación de prohibiciones que implican sanciones y penas para el sujeto con el fin de regresarle al comportamiento normal, neutralizándolo o marginándolo del comercio de la normalidad. El etiquetamiento que lleva a cabo el diagnóstico psiquiátrico es todavía un paso más adelante en el sentido de que "La desviación ya no concierne al concreto episodio de comportamiento, sino que se refiere al individuo en sí mismo...En lugar de considerar al sujeto como desviado a partir de su comportamiento...se considera al sujeto como desviado en todo y primordialmente."³¹ El problema se plantea al ver que la psiquiatría superpone el concepto de desviación al de enfermedad, legitimando, proporcionando, como dice Basaglia, una cobertura ideológica enmascarada por conceptos científicos que no solo legitiman la violencia que sufren estos sujetos, y en particular el loco, como también ella misma se encarga de administrar la violencia.

Este intrincado juego entre la función médica de la psiquiatría y sus funciones político-administrativas «la contradicción psiquiátrica comentada anteriormente», y el efecto de estas sobre el diagnóstico y el etiquetamiento han sido denunciadas por

la escuela italiana. En efecto llama la atención la "contradicción flagrante entre las incertidumbres del saber médico que los psiquiatras, por lo general, reconocen y el dogmatismo del funcionamiento de la psiquiatría. Ello se debe a que mediante sus refinamientos nosográficos -por ejemplo- aplica sobre ciertas categorías de la población unos esquemas sociales, groseros pero eficaces, de exclusión." ³², esquemas estos aplicados a sujetos que han sido definidos desde un principio como peligrosos e inferiores.

La introducción continua de una ideología dominante de segregación de los elementos improductivos, ideología determinada desde el conjunto de las relaciones sociales, en el ámbito de la práctica psiquiátrica y que es apropiada por ésta y consagrada en su dominio en un catálogo de enfermedades - que por otro lado siempre es discutido por los psiquiatras ya que cada uno tiene su llave propia para este dominio desconocido- no ha servido, afirma Basaglia, para conocer mejor al enfermo mental y a su enfermedad, pero sí para defenderse de ellos. Esto significa que el diagnóstico psiquiátrico es un juicio de valor, una etiqueta y no una herramienta de conocimiento. Concluye entonces Basaglia que "En su diagnóstico, el psiquiatra se reviste de un poder y de una terminología técnica para sancionar lo que la sociedad ya ha producido, excluyendo a quien no ha entrado en el juego del sistema. Sin embargo, esta sanción está desprovista de todo valor terapéutico, puesto que se contenta con operar una distinción entre lo que es normal y lo que no lo es, donde la norma no es un concepto elástico y discutible, sino algo fijo y estrechamente ligado a los valores del médico y de la sociedad de la cual es representativa." ³³

La clasificación de los síndromes psiquiátricos es, según el mismo autor, el resultado no solo del desconocimiento, sino también de la impotencia y de la agresividad ante un fenómeno que no se deja aprehender en su totalidad, y ante el cual no queda más que un defensivo etiquetamiento.

Para la corriente italiana cualquier tipo de diagnóstico constituye, de inmediato, un etiquetamiento y en tanto que este etiquetamiento constituye un juicio de valor carente de adecuadas soluciones terapéuticas significa una expresión -concretiza

da en el internamiento con todas sus consecuencias de regresión institucional, cuyo fin es, en una gran cantidad de casos, la destrucción del sujeto³⁴. Esto último porque independiente de la técnica particular que se use en el interior de la institución psiquiátrica toda su organización hospitalar está destinada a la eficacia del sistema, a su mejor funcionamiento (el paciente toma un psicofármaco no porque lo necesite especialmente, sino porque a una determinada hora se ha establecido que lo debe tomar) con lo que el enfermo queda en un total estado de objetivización ya que lo importante es garantizar que se suplan las necesidades del hospital, de los médicos, de los enfermeros, etc., nunca del enfermo diagnosticado como tal, como sujeto nulo, insignificante.

La propuesta italiana a respecto de la superación del etiquetamiento ha sido el utilizar el modelo inglés de la comunidad terapéutica como punto de apoyo general para pasar a negar la clasificación nosográfica como forma única de acercarse al enfermo mental, en el sentido de afrontar la problemática real, y no abstracta, del sujeto. Así, hay que "poner entre paréntesis la enfermedad como clasificación nosográfica, si queremos llegar a ver la cara del enfermo y su real malestar."³⁵, y completando más esta idea en otro momento, afirma también la escuela italiana que hay que acercarse al enfermo mental "sobre la base de una dimensión real en que la clasificación de la enfermedad tiene y no tiene peso... poner entre paréntesis la enfermedad, el diagnóstico, el síndrome en que ha sido encasillado (el enfermo), si quiere conseguir entenderle y, sobre todo, actuar sobre él, ya que resulta destruido, más que por la enfermedad en sí, por aquello que se ha considerado como su enfermedad y por las medidas impuestas por esa interpretación."³⁶

Después de toda esta crítica a los fundamentos generales de la psiquiatría y a su práctica institucional la conclusión general de la escuela italiana es que no ha habido una comprensión del problema de la locura en toda su dimensión biológica, psicológica, social e histórica. Cuando mucho su limitación técnica, hacia el primer factor mencionado ha servido, en el mejor de los casos a la tutela, más o menos humana, más o menos represiva según el caso, del enfermo mental, mas no a su solución; o sea, "por una

parte la ciencia nos ha dicho que el enfermo mental debía ser considerado como el resultado de una alteración biológica, por lo de más bastante mal identificada, y frente a la cual no se podía hacer otra cosa que admitir dócilmente su diferencia con relación a la norma; de aquí deriva la acción exclusivamente tutelar de las instituciones psiquiátricas, expresión directa de la impotencia de una disciplina que, frente a la enfermedad mental, se contenta con definirla, catalogarla, y regularla de algún modo"³⁷. Pero, en el peor de los casos, el enfermo incomprensible, inmerso en una situación institucional que lo violenta a todo momento entra en un franco proceso de destrucción del cual la psiquiatría es partícipe, y así tenemos "por una parte, una ciencia ideológicamente comprometida en la búsqueda de la génesis de una enfermedad que reconoce como 'incomprensible'; por otra, un enfermo que, destruido por una organización hospitalaria que, en lugar de actuar sobre él con el rol protector de una estructura terapéutica, ha contribuido a la gradual -a menudo irreversible- desintegración de su identidad."³⁸

2.2. Psiquiatría y sociedad

"Antes de tener el sentido medicina que le atribuimos, o que al menos queremos concederle, el confinamiento ha sido una exigencia de algo muy distinto de la preocupación de la curación. Lo que lo ha hecho necesario, ha sido un imperativo de trabajo. Donde nuestra filantropía quisiera reconocer señales de benevolencia hacia la enfermedad, sólo encontramos la condenación de la ociosidad"

(Michael Foucault, Historia de la Locura en la época clásica)

2.2.1. Modo de producción y estructura psiquiátrica

Se ha analizado en el primer apartado la caracterización que la escuela italiana hace del saber psiquiátrico y la dudosa autonomía que éste tiene en relación a las demandas sociales de exclusión y el etiquetamiento que produce. Es parte también de la propuesta italiana el análisis de la relación entre institución psiquiátrica y el conjunto de la sociedad, o sea, la forma en cómo la estructura social propicia y determina una cierta organización de la atención psiquiátrica. Se trata, entonces, de ver que las limitaciones de esta atención, así como sus funciones, encuentran su base última de explicación en las limitaciones contenidas por la estructura social, buscando analizar las contradicciones de la organización social relativa a la enfermedad mental.

En última instancia aquí también, como en el cuestionamiento que propone ver la enfermedad mental no como un dato sino como un producto, "se trata de pasar de lo dado (las enfermedades, los enfermos, los psiquiatras, los servicios, las intervenciones terapéuticas, las teorías médicas, etc.) a aquello que produce lo dado: los procesos sociales de selección, exclusión y normalización."¹ Se trata entonces, digase claramente, de analizar la correspondencia -o su ausencia- entre un modo de producción dado en una sociedad y su estructura asistencial psiquiátrica, lo que significa, en fin, un proyecto de análisis histórico del desarrollo psiquiátrico. No obstante hay que aclarar que el principal interés de la escuela italiana como corriente constituida en la práctica ha sido el conocer estas relaciones sobre todo para Italia y para países de capitalismo desarrollado, como los U.S.A., por lo que el proyecto de análisis histórico sólo ha sido desarrollado esquemáticamente y de ahí las limitaciones de varias de las afirmaciones que aquí se resumirán.

En los siglos XVII y XVIII se realiza, en Europa, lo que Foucault llama el Gran Encierro, que no es más que un proceso que llevó a una centésima parte de la población de París a casas de internado, de las que el Hospital General de París es un terrible paradigma. Estas casas de internado, en Inglaterra las llamadas "work-houses", agrupaban en su interior a locos, vagabundos, miserables, pobres, además de todas las personas que transgredie-

ran normas referentes a la sexualidad en relación a la organización familiar burguesa (como los enfermos venéreos), a los actos de libertinaje (como los homosexuales y libertinos tipo Sade), o los profanadores de la relación sagrado-religioso (como los profanos, blasfemos, etc.)². Esta extraña unión de pobladores en un mismo recinto no significa únicamente una falta de criterios "científicos" para la diferenciación de los desviados, sino que es también una necesidad de la época ante la gran cantidad de desocupados que se ve en las ciudades europeas como resultado de la expropiación de las tierras comunales y campesinas que realiza por entonces el naciente capitalismo. Para todos estos dignos habitantes de las casas de corrección estará reservado el trabajo obligatorio³.

En realidad la diferenciación progresiva de lo que compete al ámbito de la asistencia social (los vagabundos, por ejemplo), a la criminología, teología, etc., es un proceso lento enmarcado no sólo en el desarrollo de estas disciplinas como también en las necesidades que el sistema social tiene de dar un fin adecuado a cada uno de los sujetos considerados desviados o infractores. Es así que "La institucionalización del anormal, con una relativa estigmatización social, es de hecho un fenómeno directamente ligado al nacimiento de la era industrial y a su fase de expansión, es decir, se produce cuando se hace necesario codificar la diversidad y crear instituciones especiales (y sus correspondientes ideologías científicas) para separar a los elementos que alteran el orden social de los productivos."⁴ El hecho de que en muchos países todavía locos y delincuentes compartan el mismo espacio es visto por la corriente italiana como un rasgo de la situación socio-económica para la que no resulta necesaria tal distinción, y afirma Basaglia: "En los países donde la situación económico-social, por su grado de desarrollo, no exige en nombre de su funcionamiento un tipo de superestructura institucional dividida, la desviación ocupa todavía por lo general el mismo espacio; la internación indiferenciada o la violencia explícita, sin encubrimiento."⁵

Por supuesto que esta situación desnuda sólo es posible en aquellas sociedades donde la violencia es la única forma de control ante una población totalmente desheredada o francamente

en oposición a su estructura de dominación vigente en donde los valores proclamadamente liberales entran en contradicción con la realidad de explotación que sufren amplias masas de la población. Sin embargo en aquellas sociedades de capitalismo avanzado donde la violencia y la explotación no se han hecho políticamente visibles, "El control es enmascarado y al mismo tiempo legitimado por las diversas ideologías científicas; para el manicomio, por la ideología médica que encuentra en la definición de la irrecuperabilidad de la enfermedad la justificación a la naturaleza violenta y segragante de la institución; para la cárcel, por la ideología del castigo... La ideología encubre la represión simplemente justificándola y legitimándola. Pero la violencia legitimada sigue siendo violencia." ⁶ El hecho es que en las sociedades proclamadas de bienestar la violencia no puede ser aplicada en forma abierta, las contradicciones deben ser negadas -no hay discriminación racial, los obreros se encuentran satisfechos y no hay luchas de clases- u ocultas, mistificadas, delegando su solución a los nuevos técnicos de las ciencias humanas cuya labor consistirá en "mistificar la violencia a través de la técnica, sin llegar a cambiar por ello su propia naturaleza, de manera que el objeto de la violencia se adapte a la violencia de que es objeto, sin llegar nunca a tomar conciencia de ello, ni convertirse a su vez en sujeto de violencia real contra lo que violenta." ⁷

La teorización italiana nos dice, además, que en las sociedades de capitalismo muy avanzado, del que los U.S.A. sería un ejemplo, hay un incremento real del número de desviados y que su control no pasa ya únicamente por las instituciones segregantes clásicas sino que se realiza también por un doble proceso de hacer psiquiátrico y psicológico los conflictos sociales -una dilatación de su ámbito-, además de "un nuevo tipo de individualización del diferente más capilar y más sutil: La individualización precoz, la prevención, los servicios asistenciales, el welfare state, la traducción en conflictos psicológicos por curar de comportamientos que tienen poco que ver con la psicología," ⁸, o sea, que conjuntamente con los hospitales psiquiátricos -de poca rentabilidad económica, como ya se ha constatado- para los casos más graves, hay toda una red de servicios asistenciales, como lo son los centros de asistencia social, de higiene mental, ambulatorios

públicos y privados, amén de la extensión de la aplicación de todos los tipos de tests psicológicos para ingresar a escuelas y facultades, a los más disímiles trabajos, a reclutamientos en los ejércitos, para candidatarse a algún puesto organizativo, burocrático o directivo, etc., cuyo fin es la detención temprana de aquellos individuos que puedan ser, en un futuro próximo o en el mismo presente, señalados como desviados.

La conclusión general a la que llega la escuela italiana es que hay una coincidencia entre la estructura económica y la organización institucional de tal forma que "diferentes tipos de violencia (explícita, legitimada por las ideologías científicas, diluida y enmascarada bajo la cubierta de las organizaciones asistenciales) son las distintas modalidades de control en relación a los diversos grados de desarrollo de un país... transformación, racionalización y control son etapas de un proceso que se perpetúa a través del continuo cambio formal de las cosas, sin que jamás sea tocada la estructura; La transformación es dada siempre como respuesta técnica a una exigencia económica..."⁹. Tenemos así los manicomios clásicos en el nacimiento del capitalismo, la comunidad terapéutica que produce cierta liberalización en las relaciones institucionales y que enfatiza la rehabilitación en la fase de expansión capitalista al terminar la II Guerra Mundial con una reducción de la población económicamente activa en Europa, los "Community Mental Health Center" en la fase del capitalismo avanzado que necesita controlar mayores porciones de marginados e inadaptados.

En resumen, "se trata de respuestas institucionales de tipo innovador que responden técnicamente (segregación, rehabilitación, totalización del control y psiquiatrización general) a explícitas demandas económicas y que resultan eficaces sólo en el momento que la economía lo exige."¹⁰ Es esta una conclusión muy importante ya que muestra los límites de las experiencias de cambio institucional. En efecto, las posibilidades de cambio no son tanto obra de personas aisladas como demandas de un sistema económico-político que necesita nuevas formas de control social y que no cederá ante los intentos de transformación mientras no hayan necesidades apremiantes de hacerlo. La transformación sólo es posible cuando se modifica la función que liga la institución al sistema

general. Esto lleva a modificar la conciencia de la función política que cumplen las instituciones de la violencia en la sociedad capitalista, y los límites que esta sociedad impone a las experiencias de cambio. Se puede, entonces, concluir que "Cárcel, manicomio, tortura pueden cambiar sólo si se modifica la base de la cual estas instituciones son los pilares. Es una confirmación el hecho de que si a nivel teórico se habla siempre de la necesidad de su transformación, en el plano práctico cada intento de transformación es obstaculizado y reprimido violentamente."¹¹

2.2.2. La norma de productividad

Las casas de internamiento de los siglos XVII y XVIII en Europa tienen un sentido medicinal muy escaso, constituyéndose más bien como un gran depositario de sujetos desviados y de la alarmante mendicidad de la época. El confinamiento practicado entonces, confinamiento en donde el loco también tuvo su lugar, cumplía una doble función:

- 1- Durante las épocas de crisis absorbe el exceso de desempleados y vagabundos, para evitar movimientos de protesta, realizando así una función de control de la seguridad social.
- 2- Una vez pasada la crisis "ya no se trata de encerrar a los sin trabajo, sino de dar trabajo a quienes se han encerrado y hacerlos así útiles a la prosperidad social"¹², explotando su mano de obra barata en los momentos en que los salarios son elevados.

La relación entre las medidas de internamiento y los problemas económicos de los países europeos es clara. Las primeras 'casas de trabajo' y Hospitales General nacieron en los lugares económicamente más desarrollados de cada país, coincidiendo su apertura con momentos de recesión económica. De casas destinadas a suprimir las diversas formas de mendicidad y vagabundeo, se les trata de transformar en un paliativo para el desempleo y el desarrollo de la manufactura, permitiéndose a los empresarios privados utilizar la mano de obra barata que allí se encuentra. Sin embargo las casas de confinamiento no pudieron realizar adecuadamente su segunda labor, ya que provocaban el desempleo y la quiebra en las regiones manufactureras vecinas debido al bajo precio de sus productos. Su significación económica se borrará poco a poco, marcando el final de una primera y mal concebida medida de protección contra los efectos secundarios de la incipiente industrialización. Al final del siglo XVIII y principios del XIX ya habrán desaparecido por completo.

Esta recuperación del pasado no es casual. Sirve para ejemplificar y mostrar cómo las casas asistenciales, de las que los manicomios del siglo XIX son herederos, están desde entonces en relación con la normatividad de la época y como mecanismo destinado a suplir las necesidades más amplias de la estructura social y económica. La escuela italiana busca revelar la pseudoauto

mía actual de los hospitales psiquiátricos a la vez que delimitar su específica relación actual con el sistema en general.

Los límites normativos de una sociedad en un momento dado está en relación con el conjunto de reglas que definen los valores de esta sociedad. Son, como lo dicen Franco y Franca Basaglia, valores relativos pero que adquieren un peso absoluto al romperse. Ahora bien, lo decisivo para la escuela italiana es que "La definición de norma en nuestra sociedad industrial -y que proviene más de un análisis de la realidad cotidiana que de las definiciones teóricas establecidas- ...coincide explícitamente con la producción. Esto significa que cualquiera que quede al margen de ella es un inadaptado."¹³ Cuando en una sociedad como la capitalista se toma la salud como norma -principalmente en relación a las clases desposeídas-, cuando la norma humana más bien oscila entre la salud y la enfermedad, se ven los problemas que esto puede acarrear, ya que cuando "las relaciones sociales de producción son el fundamento de cada relación entre hombre y hombre, como en la sociedad capitalista, se entiende como la enfermedad -cualquiera que sea su naturaleza- puede volverse uno de los elementos utilizables en el interior de esta lógica, aprovechable como confirmación de una exclusión, cuya naturaleza irreversible es dada por la categoría a la cual pertenece el paciente y por su poder económico y social."¹⁴

Aunque se estea lejos de los siglos XVII y XVIII, el enfermo mental es un improductivo, al igual que los vagabundos, los viejos, los enfermos pobres, y ya en contra de la norma dominante de eficiencia y productividad y si no puede ser inmerso en este contexto debe ser ubicado en algún lugar donde no interrumpa el ritmo social, ni siquiera el de la familia. La caracterización que hace la escuela italiana es que "En la sociedad del capital, en donde el concepto de norma está ligado al de productividad, la función de las instituciones destinadas a la organización de la anormalidad es, en realidad, dirigir todo lo que obstaculice o sea inútil al proceso social."¹⁵ Pero si la norma y sus límites no están dados por la psiquiatría sino por el sistema productivista y por sus valores, entonces, en realidad "La psiquiatría provee la cobertura ideológica a una operación cuyo mecanismo no es tanto la investigación en la economía de la enfermedad como en las

estructuras de distribución del poder social y el sistema de las normas dominantes que imponen la supremacía del productivismo y del orden moral,"¹⁶. El problema, como se ha venido comentando, es que esta norma productivista es factible de una interpretación diferencial, según la clase social del sujeto en cuestión, lo que pone todavía más entre parentesis la neutralidad que como ciencia se arroga la psiquiatría.

2.2.3. El paciente y el poder médico

Es bien sabido que el siglo XIX marca un profundo cambio en el tratamiento del enfermo mental. Uno de los grandes psiquiatras de la época -psiquiatra ya en toda la amplitud del término-, Esquirol, aduce cinco razones justificativas del aislamiento que deben sufrir los enfermos mentales. Foucault las resume así: "1- garantizarles su seguridad personal y la de sus familias; 2- librarlos de las influencias externas; 3- vencer sus resistencias personales; 4- someterlos por fuerza a un régimen médico; 5- imponer nuevas costumbres intelectuales y morales.", y agrega más adelante: "Como se ve es toda una cuestión de poder; dominar el poder del loco, neutralizar los poderes externos que pueden influenciarlo; establecer sobre él un poder de terapia y de amaestramiento, de 'ortopedia'".¹⁷ El problema del poder del psiquiatra sobre el enfermo mental, especialmente el poder que ejercen sobre los enfermos de las instituciones, constituye uno de los puntos básicos de la crítica italiana, así como de todas aquellas escuelas que han sido llamadas de la antipsiquiatría, debido a que las relaciones de poder, para seguir con Foucault, son el apriori de cualquier práctica psiquiátrica llegando a condicionar el funcionamiento de la institución, las relaciones entre toda la población del manicomio, e incluso las formas de intervención médica.¹⁸

El hospital psiquiátrico forma parte, según la escuela italiana, de las llamadas instituciones de la violencia¹⁹, junto con la familia, la escuela, la prisión, la fábrica, etc.; estas instituciones se basan en una clara delimitación de la división del trabajo que separa tajantemente los detentores del poder y los que no lo poseen. Implican necesariamente, debido a la división poder-no poder, una aplicación de la violencia, más abierta u oculta según las necesidades, violencia justificada y mistificada por diversas ideologías de las que el técnico es partícipe.

En los manicomios, el médico es la gran autoridad y su poder es tanto mayor en tanto que el sujeto que tiene enfrente está desposeído de todo poder económico e incluso legal. Allí el poder médico "se justifica tanto como modalidad terapéutica, de acuerdo con la tradición, como en cuanto modalidad burocrático-

carcelaria; el hecho de que estas dos funciones sociales lleguen a fundirse en una sola, demuestra la violencia oculta que está presente en el poder médico y deja plena libertad al médico del manicomio para desarrollar su propia autoridad sobre el enfermo sin posibilidad de ser criticado ni controlado,"²⁰ La imagen cultural custodiadora y represiva que se abate sobre la locura -en la que el mismo psiquiatra ha aportado importantes elementos- sirve a la vez como justificación de una psiquiatría hecha para defender al sano y no para cuidar al enfermo. Se delega al psiquiatra la posibilidad de aplicar una violencia que ha sido socialmente delegada y que éste se encarga de mistificar por medio de diversas teorías que avisan y precaven: El loco es peligroso. Los canales se cierran y la locura es violentada socialmente.²¹

Ahora bien, la crítica italiana ha cuestionado el poder del psiquiatra no solo en el plano abstracto de la violencia personal y social sino que también en la forma en que se involucra este poder en relación al paciente y a la enfermedad.

En la relación psiquiatra-enfermo mental (relación calificada de objetal²²) hay dinámicas que están fuera del ámbito de la enfermedad propiamente dicha pero que no obstante son determinantes para el curso mismo de ésta. Según Jervis "La principal diferencia entre el psiquiatra y el enfermo que se halla ante él, no reside en el desequilibrio entre salud y enfermedad, sino en un desequilibrio de poder. Una de las dos personas posee un poder mayor, en ciertos casos absoluto, que le permite definir el rol del otro según su propia terminología."²³, o sea, que lo importante parecen ser los valores sociales que determinarán el tipo de encuentro médico-paciente, de tal forma que la enfermedad en tanto que entidad morbida jugará un papel secundario en la relación, ya que estos valores remiten en última instancia a la clase social del sujeto en cuestión.

En base a lo anterior Basaglia distingue tres tipos posibles de relación médico-paciente: "1- La relación de tipo aristocrático en la cual el paciente dispone de un poder contractual que oponer al poder del médico. En tal caso, esta relación se mantiene en un plano de reciprocidad, al nivel de los respectivos roles... En la medida que el enfermo libre conierte en fantasma al médico, en tanto que depositario de un poder técnico, juega el pa

pel de depositario de otro poder: el poder económico, que el médico 'fantasmagoriza' en él... (y así) en enfermo no asume pasivamente el poder del médico..."²⁴. En segundo lugar se encuentra "2- La relación de tipo mutualista donde se asiste a una reducción del poder técnico y a un aumento del poder arbitrario frente a un 'asegurado' que no siempre tiene conciencia de su fuerza... La reciprocidad no existe, en el encuentro, más que si el paciente da pruebas de una madurez y de una conciencia de clase muy acentuadas, dado que el médico conserva a menudo la posibilidad de entrar en el terreno del poder técnico en el caso de que su acción arbitraria fuese contestada."²⁵; por último se tiene "3- La relación institucional, donde aumenta vertiginosamente el poder puro del médico (no es preciso que sea necesariamente técnico), porque disminuye el poder del enfermo. Por el simple hecho de ser internado en un hospital psiquiátrico, este se convierte automáticamente en un ciudadano sin derechos, abandonado a la arbitrariedad del médico y de los enfermeros, que pueden hacer de él lo que quieran, sin posibilidad de apelación. En la dimensión institucional la reciprocidad no existe y, por lo demás, esta ausencia no es de modo alguno disimulada."²⁶.

Es sobre todo la última de las situaciones comentada la que va a ser el centro de atención del trabajo de los italianos, su referencia constante para todas las discusiones, y hacia donde se deben enfocar las principales aportaciones de esta escuela; es también esta última situación la más dramática para el enfermo mental por las características de total desprotección en que se hallan, siendo que ante la carencia de reciprocidad "el enfermo, precisamente en cuanto enfermo mental, se adecuara tanto más fácilmente a este tipo de relación objetual y aproblemática, cuanto más quiera huir de la problemática real que no sabe afrontar."²⁷ y ante esta huida vendrá, por parte del psiquiatra, nuevas clasificaciones y otras interpretaciones en términos de enfermedad, lo que no hace más que conformar la cara institucional de la locura.

Queda así demarcada, aunque todavía en forma parcial, el carácter clasista de la enfermedad y de los hospitales psiquiátricos en la medida en que son los sujetos carentes de fuerza contractual los que más sufren de esta exclusión y los que menos se pueden oponer a ella.

2.2.4. Enfermedad mental: Psicopatología y estigma

Se ha visto en el punto anterior que la preocupación de la escuela italiana es abrir un parentesis en la concepción de la enfermedad mental para incluir un mecanismo que, en principio, parece alejado de su determinación pero que en realidad es esencial para su curso, o sea, el problema de la violencia, el poder médico, la característica de clase del paciente y, por fin, el tipo de relación que se establece entre el psiquiatra y el enfermo mental, relación que tiene más que ver con estos factores citados que con la enfermedad propiamente dicha. Esto no significa, como muchas veces se ha mal interpretado, que la escuela italiana niega que la enfermedad mental o la absorva a los determinantes sociales.

En realidad, junto a la crítica hacia aquellas corrientes de la psiquiatría que se contentan exclusivamente con medicalizar la enfermedad mental, hay una crítica al lado opuesto que niega la posibilidad de una medicina mental "...haciendo del trastorno psíquico un efecto directo de las contradicciones sociales. Este modo de proceder, propiamente metafísico por cuanto elude toda reflexión sobre la relación entre alienación patológica y alienación social negando abstractamente uno de los términos del problema, procura al imperialismo médico su mejor defensa permitiéndole denunciar, tras la crítica de su monopolio, el desconocimiento de la realidad psíquica en manifestaciones patológicas."²⁸ No sólo esto es un desconocimiento de uno de los términos del problema sino que no se tiene en cuenta al proponer tal posición todo lo que acarrea un cambio en la imagen tradicional de la locura, como ya se había comentado con Jervis²⁹. Lo que la escuela italiana ha desenmascarado, y negado, constantemente es la cara institucional de la locura, aquella locura, aquella regresión, provocada por una institución violenta, segregante y dependiente. "Pero negar la enfermedad institucional (ir eliminando uno a uno, los aspectos manicomiales) no significa negar la existencia de la enfermedad mental; significa sólo reconocer que la enfermedad, como contradicción no develada o comprendida, está escondida continuamente bajo la enfermedad institucional."³⁰, o sea, que la

verdadera cara de la locura, en las organizaciones institucionales, se encuentra oculta bajo el peso de la institución siendo, entonces la tarea el negar esta locura primera que se deja ver porque es una locura transformada por la opresión cotidiana del hombre en esta situación pues es claro que los cuadros clínicos que se presentan en los hospitales manicomiales están totalmente cubiertos por toda clase de drogas, electroshocks, situaciones de dependencia, violencia desnuda, etc.,

En los enfermos hospitalizados este análisis social parece dar cuenta de la casi totalidad de su estado. Ahora bien, la escuela italiana no niega el hecho de que el enfermo mental es puesto en una situación de asistencia e, incluso, de cierta dependencia que es la base de su situación social y que determina su tratamiento³¹; es esta una limitación que determina el alcance de las propuestas alternativas. En una de las caracterizaciones más amplias a la que ha llegado la escuela italiana Basaglia dice: "Si el enfermo es la única realidad a la cual es preciso referirse, es necesario enfrentarse con las dos caras de que se compone esta realidad; el hecho de ser un enfermo, con sus problemas psicopatológicos (no ideológicos, sino dialécticos), y el de ser un excluido, un estigmatizado social. Una comunidad que pretende ser terapéutica debe tener en cuenta esta doble realidad -la enfermedad y la estigmatización- para poder reconstruir poco a poco el rostro del enfermo, tal y como debía ser antes de que la sociedad con sus numerosos actos de exclusión y la institución que ha inventado, actuara sobre él con toda su potencia negativa."³²

Si bien este es un punto importante, e incluso decisivo, para el avance en el conocimiento y el tratamiento de la enfermedad mental, tanto para aquella institucionalizada como para no institucionalizada, no se puede decir que la escuela italiana haya logrado avanzar mucho más allá. Si bien se ha reservado un apartado más adelante para formular algunas críticas, es importante hacer aquí algunos comentarios al respecto. En primer lugar ha sido muy pobre, en el plano de la psicopatología, los avances de la escuela italiana en el sentido de delimitar algunas técnicas para el tratamiento del enfermo mental caracterizándose más bien por cierto ecleticismo en su uso³³, como el mismo Castel comenta la experiencia de Gorrizia ha dejado "un lugar vacío para una di-

mención psicopatológica de la enfermedad mental mental cuya teoría podría realizar un saber verdaderamente objetivo,"³⁴. Por el lado del estigma y de las causas sociales se han dado pasos de suma importancia pero tampoco se ha podido llegar a formular una completa teoría etiológica sobre estos aspectos, al punto que, como lo dice el mismo Castel, se puede o no encomillar la palabra enfermo, "Pero, mientras no dispongamos de una teoría de la enfermedad mental que señale exactamente el lugar de los factores sociales en su etiología, la discusión sobre este punto sigue siendo absolutamente metafísica y sus consecuencias estériles. Es un idealismo -tanto más si se otorga un lugar preponderante a las causas sociales!- al no querer reconocer que nuestro sistema social tiene el poder de imponer a los enfermos un destino que interiorizan y sería una forma de racismo contradictorio el pretender pura y simplemente hacer abstracción de ello eliminando a la vez de un plumazo los graves problemas (tanto políticos como terapéuticos) que plantean las nociones de tratamiento y curación,"³⁵. Jervis también cita una serie de mecanismos sociales, políticos y económicos que son determinantes para una mayor incidencia de casos de enfermedad mental, pero ve en ellos mecanismos básicamente hipotéticos, por ahora, debido a problemas metodológicos para su comprobación y para la formulación de su etiología³⁶.

2.3. El hospital psiquiátrico

"El 'enfermo mental' que encontramos en los hospitales psiquiátricos es, en efecto, la realidad que pone en tela de juicio la psiquiatría" (Franco Basaglia; ¿Qué es la psiquiatría?)

"Porque es aquí, detrás de los muros del asilo de alienados, que la psiquiatría clásica ha demostrado su fracaso"

(Franco Basaglia, La institución de la violencia)

2.3.1. Las funciones del hospital psiquiátrico

La psiquiatría al enfatizar históricamente la peligrosidad del loco para sí mismo y para los demás ha abrigado en su seno una contradicción, en donde la opresión y la represión se han constituido en parte integrante de su cometido. En efecto llama la atención la realidad opresiva, violenta, de los hospitales psiquiátricos y su pretendida finalidad terapéutica de cura y rehabilitación. Desde el principio de este trabajo se llamó la atención, por medio de R. Castel, a la contradicción de la práctica psiquiátrica, y resta ahora profundizar en la caracterización que la escuela italiana hace al respecto.

Basaglia caracteriza al manicomio como un "instituto terapéutico y de control, de rehabilitación y de segregación, donde el consentimiento del controlado y del segregado es obtenido a priori a través de la mistificación de la terapia y de la rehabilitación... la distancia entre la ideología (el hospital es un instituto de cura) y la práctica (el hospital es un lugar de segregación y de violencia) es evidente."¹ En la forma como este proceso se da actualmente han tenido un importante papel los técnicos de las ciencias humanas, en la medida en que han mistificado con todo tipo de ideologías los límites de la norma (identificada con la productividad capitalista) a la vez que han proporcionado los instrumentos técnicos de control terapéutico teniendo en vista las necesidades de los grupos dominantes de mantener su hegemonía sobre la totalidad de la sociedad².

La escuela italiana ha enunciado, en forma algo dispersa, una serie de funciones que cumple la psiquiatría además de su pretendida función curativa-rehabilitativa. Se procurará aquí agruparlas para su mejor comprensión aunque corriendo el riesgo de esquematizar y separar lo que en realidad se halla, en la mayoría de los casos, unido.

En primer lugar se encuentran aquellas funciones de tutela, custodia y vigilancia. Las funciones de custodia y vigilancia provienen de la consideración de la locura como peligrosa, para sí mismo y para los demás; así, "El psiquiatra debe custodiar al enfermo de los excesos a que pueda inducirle la locura, de los excesos que la enfermedad pueda causar en la medida en que la en-

fermedad es considerada como elemento negativo por la agresión contra el otro, contra la persona diferente,"³, pero como entre la cura y la custodia la psiquiatría debe elegir uno de los términos, ya que estos elementos de la contradicción se viven como antagonicos en la situación cerrada de los hospitales psiquiátricos tradicionales, entonces, según Basaglia, la contradicción se "... ha traducido en total prevailecimiento de la custodia sobre la cura, en daño obviamente del internado, y en favor de la sociedad"⁴. Esta ideología custodiadora ayuda a formar, como ya se mencionó, una imagen cultural de la locura, justificando su encierro en una institución totalitaria que hipertrofia la función de vigilancia a los enfermos⁵. La función tutelar proviene de la incapacidad de la psiquiatría de aprehender la enfermedad mental y del uso etiquetador de sus diagnósticos. *

El segundo grupo estaría formado por aquellas funciones básicamente defensivas, de defensa de los considerados sanos y de defensa de los grupos dominantes. La defensa de los sanos tiene, obviamente, una relación directa con la peligrosidad del enfermo mental y con el mecanismo de aislamiento que la psiquiatría ha instituido, en forma incluso arquitectónica, para tal fin⁶. Por otro lado la defensa del grupo dominante se refiere a la necesidad de retirar los elementos improductivos y cuestionadores del orden y de los valores sociales consagrados por la sociedad burguesa, sea esta de capitalismo dependiente o hegemónico, con su práctica de exclusión directa o mistificada técnicamente.

Un tercer grupo sería aquél de contención de las desviaciones, control y eliminación. El problema de contención de las desviaciones se hace palpable, sobre todo, en los países de capitalismo avanzado en donde hay un número creciente, tanto de cantidad como en sus formas de manifestación, de sujetos que ponen en discusión las normas sociales al transgredirlas de variados modos, que van desde la drogadicción a la locura cruda. Para que la norma productivista no sea cuestionada en diversas formas hace falta una ampliación de la acción psiquiátrica, y psicológica, con miras a la contención de estos problemas, incluso una contención temprana de sus manifestaciones. Ya el control y eliminación de los sujetos internados se relaciona con toda la violencia que se encuentra en los hospitales psiquiátricos, violencia histórica

que ya desde los antiguos medios coercitivos, restrictivos, pasando por la cura del asco (ahora científicamente llamada cura de aversión), por la hidroterapia, hasta las actualísimas lobotomías, caballares dosis de psicofármacos, electrochoque, etc., violencia que se puede dar, según Basaglia, en dos sentidos, "...violencia como sistema concreto de eliminación y destrucción y violencia como amenaza simbólica de esta destrucción y esta eliminación."⁷

Así, en el peor de los casos, para todos estos sujetos desheredados, improductivos, estorbosos, innecesarios, sobrantes, está reservada la eliminación física, y en el mejor la eliminación simbólica de sus vidas en la medida que se ven conformados como sujetos apáticos, acríticos, fieles servidores del agresor.

Con un análisis social e histórico más depurado, teniendo a la vista el surgimiento de los hospitales psiquiátricos decimonónicos y la ley francesa de 1838, R.Castel ha formulado las funciones de la psiquiatría en base al desarrollo de la institución psiquiátrica entendida como "...la constitución, entre la familia y la vida profesional, de nuevas instancias de socialización en las que se produce un nuevo tipo de relaciones pedagógicas para domesticar a un grupo de pervertidos recomponiéndoles un perfil humano adecuados a las normas dominantes."⁸, institución cuya pieza clave es el aislamiento, racionalizado por Esquirol y Pinel. Teniendo en cuenta esta concepción de la institución psiquiátrica, Castel considera que las funciones de la psiquiatría, además de la terapéutica, serían las de "...depuración, el control y la normalización,"⁹; el autor, en una nota al pie de página, aclara que habla de control y depuración, y no de represión, como lo hace Basaglia, porque "...si se puede hablar de violencia psiquiátrica, se trata por regla general -es decir, salvo excepciones- de una violencia simbólica o, dicho de otro modo, normativa más que directamente represiva!"¹⁰; ahora bien, tanto Castel como Basaglia, enfatizan una función de regulación ideológica, de reproducción de las relaciones sociales dominantes por la normalización de sujetos que han roto la lógica social. En este sentido concluye Castel diciendo que se debe considerar la organización psiquiátrica como "... un aparato complejo de exclusión y reeducación."¹¹

Es útil recordar que la mera enunciación de estas "ocul

tas" funciones psiquiátricas, su denuncia y la lucha práctica que la escuela italiana ha emprendido no agota totalmente el problema. Como el mismo Castel se encarga de decir "Uno de los problemas más delicados consiste en elaborar una Teoría correcta de la relación entre estas dos finalidades (las de exclusión y reeducación) relación que señala la articulación entre la teoría médica (curación-readaptación) y sus otras funciones sociales (eliminación-recuperación de individuos rechazados por inadap tados, a partir de una representación normativa de la salud y la enfermedad)." ¹².

2.3.2. ¿ Quién va al hospital psiquiátrico?

Ya se ha descrito brevemente la población de las casas de internado europeas de los siglos XVII y XVIII. Cuando G. Jarvis escribe su libro en 1977 hace el siguiente relato; "Entre los huéspedes tradicionalmente más numerosos de los manicomios están las personas que viven solas, los marginados, los borrachos, las prostitutas, los vagabundos, los desarraigados y los inmigrantes, los representantes de los estratos proletarios más gravemente subprivilegiados, las personas que viven del cuento. El descenso en la escala social y la precariedad de la vida cotidiana, típicas de las capas sociales más bajas, son importantes factores de internamiento."¹³. Por supuesto que andar buscando semejanzas con el pasado para demostrar que no nos espera mejor presente o futuro (¿naturalidad de las relaciones sociales?) no es tarea digna de un historiador. La investigación histórica es útil, no obstante, cuando se investiga la esencia de un fenómeno y no su manutención.

La escuela italiana, y no sólo ella¹⁴, ha enfatizado los mecanismos sociales y los aspectos de clase que determinan la internación de un sujeto dado. Se ha ido ya aportando elementos para conformar la imagen clasista del paciente de los hospitales psiquiátricos, restando ahora sistematizar estos elementos.

En los hospitales psiquiátricos, antes que nada, hay un hecho concreto, ineludible, en el sentido de que "Las personas internadas en el manicomio pertenecen en su gran mayoría a las clases sociales subordinadas: subproletarios, obreros, campesinos. En las secciones de crónicos, los internados pertenecen en su totalidad o casi totalidad a estas clases"¹⁵. Es decir, que en estos lugares no se encuentran únicamente a marginados sin poder económico, sino que además es un marginado, un inadaptado, un diferente, un loco, que está sin la posibilidad de vivir su crisis en un lugar privado, propio, sin las violencias sociales tan patentes pues es claro que los "pobres" no pueden gestionar su propia enfermedad. Entonces aparece una institución social que le gestiona su enfermedad, su locura, pero, al hacerlo, delimita los parámetros en forma muy estrecha ya que "...mientras el diferente de la

clase dominante es aceptado y vivido como tal, esto es, como un fenómeno humano que tiene necesidad de respuestas particulares precisamente 'diferentes', el diferente de la clase oprimida no es jamás aceptado como tal y las respuestas que se proponen sólo sirven para borrarlo y eliminarlo, confirmándolo como 'desigual'.¹⁶ Para concluir, pues, se puede decir que el marginado que se encuentra en los hospitales psiquiátricos pertenecen a una clase social específica y la respuesta que para él encuentra la psiquiatría si que enmarcada en un ángulo social clasista.

Ya se había analizado un mecanismo aparentemente ajeno al problema de la locura pero determinante para su curso, o sea, el problema del poder médico y el tipo de relación que se establece con el paciente. Es obvio que este es también un mecanismo clasista en su estructura. Basaglia ha captado toda la importancia de esta cuestión cuando dice que "En ambos casos (relación privilegiada e institucional) la enfermedad, como hecho objetivo y concreto, actúa de denominador común, pero lo que determina el tipo distinto de relación no es más que la diferencia de clases de los pacientes. Lo cual evidencia que, en la práctica, la psiquiatría es una ciencia que usa de manera discriminatoria tanto los instrumentos de que dispone como su propia ideología"¹⁷, lo que da al traste con la neutralidad preconizada por esta ciencia. Basaglia mismo ha denunciado el hecho de que tanto la evolución como la codificación de la enfermedad mental sufren diferencias notorias según la clase social del paciente¹⁸. Se puede, por fin, concluir con Jervis cuando dice: "Así, pues, la enfermedad y su tratamiento son fenómenos de clase. Son de clase las causas de enfermedad, y la propia enfermedad va ligada a variables de clase, tanto en su manifestación como en su probabilidad de ser curada eficazmente. Cuando una persona es diagnosticada como aquejada de una enfermedad cualquiera, sus probabilidades de curación dependen, al menos, tanto de su condición social como de la gravedad del desequilibrio interno del organismo."¹⁹

2.3.3. Renovar el hospital psiquiátrico

Se le podría objetar a la crítica de la escuela italiana su atraso, en el sentido de que las innúmeras renovaciones psiquiátricas realizadas después de la II Guerra Mundial han atacado, y solucionado, varios de los problemas aquí tratados. Se había visto en el punto 2.1.1. los tres polos hacia donde convergían las críticas de la post-guerra; se puede adelantar desde ya que de los tres polos sólo el tercero no se realiza desde la psiquiatría y que ha sido el momento más débil de las reformas realizadas y es justamente el que va a ser retomado por los italianos constituyéndose en gran parte de la originalidad de su propuesta.

Según Foucault todos los grandes ataques que a partir de finales del siglo XIX se hacen a la psiquiatría: ponen en discusión el poder médico y su efecto sobre el enfermo, y afirma: "Todas las grandes reformas no sólo de la praxis psiquiátrica, si no del pensamiento, se sitúan en esta relación de poder; ellas constituyen otras tantas tentativas de desplazarlo, disfrazarlo, eliminarlo, anularlo."²⁰ Ahora bien, el mismo autor habla de dos procesos en este sentido; uno de la despsiquiatrización que busca no anular sino que desplazar y hacer más exacto el poder médico, y el otro proceso de la llamada antipsiquiatría que busca destruir el manicomio y delegar el poder al enfermo²¹. Es importante tener claro, entonces, que se han planteado muchas reformas a la psiquiatría, reformas que incluso han cuestionado el poder médico, pero hay que distinguir el alcance de estas propuestas y su lado reformista.

Todas las reformas realizadas a partir de la II Guerra Mundial manifiestan, en primer lugar "...una crisis de psiquiatría vivida bajo la forma de malestar y mala conciencia; en segundo lugar, la toma de conciencia de esta crisis se realiza siempre por referencia al sistema manicomial en donde la saturación es tal que incluso las iniciativas más nuevas se piensan a contrario por contraste con él."²² Según el mismo Castel esta mala conciencia se explica por un cambio en la relación entre la ideología psiquiátrica y la ideología dominante en tanto que las demandas de esta última a la primera se han modificado, pero más en forma que en contenido, mientras que ha habido un movimiento mayor de solida-

riedad de los psiquiatras hacia los enfermos, además del cuestionamiento hacia los tres polos ya comentados.

Así, se ha entrado en la llamada tercera revolución psiquiátrica; "Esta caracter 'revolucionario' se refería a la vez a la transformación del medio interno del hospital (la reorganización de todas las actividades hospitalarias en función, únicamente, de las exigencias del tratamiento por oposición a la preocupación casi exclusiva por la vigilancia en el manicomio tradicional) y a la modificación de la relación entre hospital y mundo exterior (los nuevos métodos pretenden ser al mismo tiempo terapéuticos y 'resocializantes' preparando al enfermo para reasumir las funciones de la vida ordinaria)"²³. Ahora bien, resta saber si estas reformas implican necesariamente el fin de las contradicciones de la teoría y la práctica psiquiátrica - y aquí hay que volverse a referir a todas aquellas funciones que la psiquiatría cumple en este sistema social, o sea, hay que analizar las innovaciones para saber "...si se trata de simples componendas de la antigua síntesis o de las premisas de una organización nueva de las relaciones, capaz de dar una nueva definición del contenido social de los conceptos de normal y patológico..."²⁴. Por supuesto que cada una de estas modificaciones (como la comunidad terapéutica, el sector francés, el "welfare state", el "open door", etc.) necesita un análisis concreto para responder a estas interrogantes, lo que cae totalmente fuera de los límites de este trabajo; lo importante aquí es señalar las limitaciones generales que la escuela italiana encuentra en las "modernizaciones" del hospital psiquiátrico.

La escuela italiana parte de dos supuestos que son que las modificaciones realizadas por los intelectuales orgánicos de la sociedad burguesa están hechas con miras a la supervivencia de este grupo, aunque esto no hace automático "...reconocer e individualizar en la práctica cotidiana cuales son los procesos a través de los cuales los intelectuales o los técnicos continúan produciendo -cada uno en el propio sector- ideologías nuevas que mantienen inalterada su función de manipulación y control."²⁵, lo que quiere decir que las modificaciones técnicas no cambian las finalidades ni en su naturaleza ni en su significado, para nuevas formas de desviación hay nuevos términos técnicos que permiten una nueva etiqueta para el marginado.

Se pueden examinar, a modo de ejemplos, la crítica italiana al análisis sociológico y a la comunidad terapéutica, dos propuestas bastante avanzadas, para comprender las argumentaciones de estos autores contra las propuestas reformistas actuales.

La crítica de las corrientes "sociales" que se ocupan de la enfermedad mental se relaciona con el desarrollo de los países capitalistas actuales, especialmente claro en los U.S.A., que se había comentado parcialmente al decir que se trata de una detección temprana del inadaptado y una extensión del ámbito de la psiquiatría-psicología. Así, se conforma un proceso de dos vertientes, la de la psiquiatrización de las relaciones sociales y humanas con la consecuente transferencia de los conflictos sociales al ámbito de una psicología por demás adaptacionista.

Por ejemplo, Castel al analizar una propuesta de Jacques Hochman sobre psiquiatría comunitaria, propuesta bastante avanzada que propugna por un fin del hospital psiquiátrico y su cambio por pequeñas unidades de tratamiento en varios lugares de la comunidad, el fin del esquema médico y su cambio por una psiquiatría de conjuntos que tratara a la comunidad sufriente así como una transformación de la coerción médica por un paternalismo médico, llegua a la conclusión de que Hochman no logra transformar verdaderamente el 'espíritu' psiquiátrico, sino que "...muy al contrario todo conspira para universalizarlo aligerándolo, es decir desplazándolo simplemente desde el marco de una relación de dos personas al contexto pseudosocial de una relación intersubjetiva generalizada."²⁶ Así, a partir de una precaria definición de lo social toda la comunidad, y la comunidad como totalidad, es definida como enferma, extendiéndose el ámbito de la psiquiatría clásica. Basaglia pone también el acento en esta definición de lo social, afirmando: "Pero lo que queda por individualizar en la naturaleza de lo social a que aquí nos referimos, porque si nos limitamos a considerarlo como un simple conjunto de interacciones psicológicas manipulables según una técnica particular y no como el conjunto de las relaciones sociales de producción se acaba por olvidar el juego en cuyo interior seguimos permaneciendo: La nueva técnica psiquiátrico-social, surgida en oposición a la rígida gestión institucional de la enfermedad mental, se convierte en realidad en una nueva forma de manipulación que encubre, bajo la

máscara de la técnica, su profundo significado de control social! 27 Resumiendo, la crítica que se hace a las nuevas formas de la psiquiatría social es en el sentido de que sólo se ha logrado una nueva racionalización de la organización hospitalaria y un nuevo tipo de control social ya que la conexión con la delegación del poder por parte de la clase dominante no ha sido cuestionada, así como tampoco ha sido cuestionada la función normativa de la psiquiatría.

La crítica italiana tampoco ha dejado de lado el modelo que ellos mismos se propusieron como base para su actuación, la comunidad terapéutica. Esta tiene sus orígenes en la experiencia de Tuke, Conolly (en 1839) y ha sido desarrollada actualmente por Maxwell Jones y T.F. Main, en Inglaterra, y cuyos propósitos consisten en romper los esquemas tradicionales de relación médico paciente. A este respecto Lucio Schittar dice: "Al no poder ser reducida a esquemas rígidos, esta relación se caracteriza por el aprovechamiento deliberado, con finalidades terapéuticas, de todos los recursos de la institución, entendida como conjunto orgánico y no jerarquizado de médicos, pacientes y personal auxiliar." 28. Parafraseando a D.H. Clark, el mismo Schittar extrae los siguientes puntos esenciales de la comunidad terapéutica: "1- Libertad de comunicación...; 2- Análisis en términos de dinámica individual y, particularmente, interpersonal, de todo lo que sucede en la comunidad...; 3- Tendencia a destruir las relaciones de autoridad tradicionales y a nivelar la pirámide jerárquica... (considerada) la innovación más significativa de la comunidad terapéutica; 4- Posibilidad de desfrutar de ocasiones de reeducación social...; 5- Presencia en una reunión (generalmente diaria) de toda la comunidad ("community meeting")..." 29.

Como se puede ver, aunque este sea un resumen muy superficial, la comunidad terapéutica es un avance significativo en la vida de los pacientes. La crítica que la escuela italiana ha hecho, crítica transformada en práctica en Gorizia, es en el sentido de ver, fuera de la ideología, las limitaciones del poder de decisión real de los pacientes y su participación real en el poder global. Lo cierto es que, aunque diluidos, se conservan los roles médico-pacientes, y el director conserva una serie de poderes que pueden ser usados discriminatoriamente. Se denuncia tam-

bién sus límites teóricos, la psicología social evolucionista, y la influencia de Kurt Lewin. La conclusión general a la que llega Schittar es que "Lo que nació como una exigencia de renovación fundamental de las instituciones psiquiátricas, se revela a lo suyo, tanto en la práctica como en la teoría, como un nuevo tipo de institución, más moderna, más eficaz, pero donde las relaciones de poder han permanecido aparentemente las mismas.

"La ,tercera revolución psiquiátrica', pues, no sería más que una tardía adaptación de las modalidades de control social del comportamiento patológico a los últimos métodos de producción perfeccionados en el curso de los últimos cuarenta años por los sociólogos y los técnicos de la comunicación de masas"³⁰.

Que quede claro: no se trata de una crítica, digase así, "irresponsable" que tienda a dejar de lado el beneficio concreto que estas medidas, más o menos radicales, propician al enfermo en nombre de un purismo teórico mal formulado. Se trabaja efectivamente con la comunidad terapéutica y se le ve como un paso necesario en la evolución del hospital psiquiátrico³¹, y se considera que su ideología de la permisividad es un aspecto importantísimo para llegar a nuevas prácticas, pero esto no significa su utilización acrítica sino la búsqueda de su evolución hacia un terreno que exponga las contradicciones tal cual son, como contradicciones políticas y que vea en los actos de reclusión, violencia, poder, etc., problemas sociales y que, por lo tanto, deben ser referidos, en última instancia, a la lógica social dominante-dominado.

El tipo de crítica dirigido a la comunidad terapéutica tiene su origen en la visión de la escuela italiana sobre el valor de las propuestas de reforma psiquiátrica. Estas reformas nacidas de un rechazo de una situación opresiva se convierten ellas también en opresión en la medida en que se plantean como definitivos modelos técnicos. Dice Basaglia: "Desde el momento en que la nueva gestión es aceptada sólo si se propone como un nuevo modelo técnico, cerrado en sí mismo y sin la posibilidad de una evolución sucesiva, o sea, sin la posibilidad de abrir a un diferente nivel las contradicciones, el proceso de transformación se detiene y es reducido a un proceso de adaptación a las nuevas formas, que destruye lo terapéutico de la organización hospitalaria, a través de

la estereotipización de la dinámica inicial." ³². Esta tremenda fuerza de absorción y eliminación de las propuestas más o menos radicales proviene, según el mismo Basaglia, de que "Lo que se ha revelado como antiterapéutico y destructor, en las instituciones psiquiátricas, no es una técnica o un instrumento en particular sino el conjunto de la organización hospitalaria, la cual - inclinada hacia la eficacia del sistema-, ha objetivado inevitablemente al enfermo, que debía constituir su única razón de ser." ³³. Resumiendo, el problema no radica en la formulación de nuevas técnicas de intervención sino en romper esta barrera que es la lógica de objetivación del hospital psiquiátrico para que estas reformas no vuelvan a caer en una nueva forma de normatividad que deje intacta la raíz del sistema a partir de un cambio en su fachada.

Para Basaglia siempre hay, en estos movimientos de reforma dos opciones: "Nos dejamos reabsorber e integrar, y la comunidad terapéutica se mantendrá en los límites de una rebelión interior al sistema psiquiátrico y político, sin atacar los valores... o bien seguimos minando -hoy a través de la comunidad terapéutica, mañana bajo nuevas formas de rebelión y rechazo-, los mecanismos del poder en tanto que fuente de regresión, de enfermedad, de exclusión y de institucionalización a todos los niveles." ³⁴ La propuesta de Basaglia es negar la nueva realidad manicomial como modelo técnico perfeccionado, negar los instrumentos utilizados, afrontar las contradicciones y luchar contra el sistema político-económico que quiere usar las formas de rebelión, absorbiéndolas para reforzarse a sí mismo. Se puede cerrar este apartado con la siguiente cita de Basaglia que resume bien su pensamiento y preocupación: "Frente a la tarea de subvertir prácticamente una institución junto con la ideología sobre la cual se funda el técnico tiene dos posibilidades; o un vuelco ideológico que se limite a proponer un modelo de gestión alternativa, o un vuelco práctico que contenga elementos utópicos capaces de prefigurar una posibilidad de relación en condiciones de volcar el signo según el cual, la ciencia y la técnica burguesas están orientadas. Pero el peligro de este vuelco práctico es la caída en una ideología alternativa, dado que se continúa moviendo sobre el terreno minado de la ideología-realidad burguesa." ³⁵

la estereotipización de la dinámica inicial." ³². Esta tremenda fuerza de absorción y eliminación de las propuestas más o menos radicales proviene, según el mismo Basaglia, de que "Lo que se ha revelado como antiterapéutico y destructor, en las instituciones psiquiátricas, no es una técnica o un instrumento en particular sino el conjunto de la organización hospitalaria, la cual - incluida hasta la eficacia del sistema-, ha objetivado inevitablemente al enfermo, que debía constituir su única razón de ser." ³³.

Resumiendo, el problema no radica en la formulación de nuevas técnicas de intervención sino en romper esta barrera que es la lógica de objetivación del hospital psiquiátrico para que estas reformas no vuelvan a caer en una nueva forma de normatividad que deje intacta la raíz del sistema a partir de un cambio en su fachada.

Para Basaglia siempre hay, en estos movimientos de reforma dos opciones: "O nos dejamos reabsorber e integrar, y la comunidad terapéutica se mantendrá en los límites de una rebelión interior al sistema psiquiátrico y político, sin atacar los valores..., o bien seguimos minando -hoy a través de la comunidad terapéutica, mañana bajo nuevas formas de rebelión y rechazo-, los mecanismos del poder en tanto que fuente de regresión, de enfermedad, de exclusión y de institucionalización a todos los niveles." ³⁴

La propuesta de Basaglia es negar la nueva realidad manicomial como modelo técnico perfeccionado, negar los instrumentos utilizados, afrontar las contradicciones y luchar contra el sistema político-económico que quiere usar las formas de rebelión, absorbiéndolas para reforzarse a sí mismo. Se puede cerrar este apartado con la siguiente cita de Basaglia que resume bien su pensamiento y preocupación: "Frente a la tarea de subvertir prácticamente una institución junto con la ideología sobre la cual se funda el técnico tiene dos posibilidades: o un vuelco ideológico que se limite a proponer un modelo de gestión alternativa, o un vuelco práctico que contenga elementos utópicos capaces de prefigurar una posibilidad de relación en condiciones de volcar el signo según el cual, la ciencia y la técnica burguesas están orientadas. Pero el peligro de este vuelco práctico es la caída en una ideología alternativa, dado que se continúa moviendo sobre el terreno minado de la ideología-realidad burguesa." ³⁵

2.4. Rehabilitación en pacientes psiquiátri-
cos.

"Denunciar la contradicción del manicomio, como lugar de descargo y destrucción de los elementos sobrantes, significa denunciar el significado político de la ideología psiquiátrica."
(Una entrevista con Franco Basaglia.)

Para comprender cabalmente las tesis de la escuela italiana sobre la rehabilitación es menester tener en mente los puntos tratados anteriormente, en especial los referentes a las finalidades de la psiquiatría, los problemas de clase de los pacientes y los aspectos organizativos objetivizadores del paciente. Todos estos son fenómenos que determinan la posibilidad de rehabilitación.

Se ha procurado dejar claro que la problemática social del hospital psiquiátrico va más allá de la simple modificación médica-organizativa del establecimiento. Como dice Castel, ciertos psiquiatras "...empiezan a desgarrar el velo de las justificaciones puramente terapéuticas para descubrir la red de los antagonismos sociales que son los que en realidad deciden a todos los niveles y en todas las modalidades de la intervención médica."¹. En realidad, si las funciones de la psiquiatría sobrepasan la mera función terapéutica, es lógico que los fenómenos vistos en el hospital no pueden ser referidos únicamente a una mayor o menor carencia de esta función sino que deben ser explicados en relación a los "antagonismos sociales" de que habla Castel.

Entonces, si los hospitales psiquiátricos se configuraran como una instancia de separación de lo productivo-improductivo, con la eliminación real o simbólica de estos últimos², si el sujeto que cae en este ámbito carece de reciprocidad contractual y ya no puede comerciar su subjetividad, si es un excluido del ciclo productivo, si la norma se superpone a los valores de la clase dominante y es flexiblemente aplicada a esta clase y rígida y fija para la clase dominada, en fin, si los sujetos aparecen como sujetos ya marginados de la producción y del comercio social³, el problema de la rehabilitación presenta también facetas no meramente terapéuticas y hay que preguntarse si en realidad estos sujetos pueden ser reincorporados al contexto social. Todo esto hace con que Castel niegue que el hospital psiquiátrico "...tenga por función principal la recuperación de la fuerza de trabajo (la reinserción de los enfermos en el circuito de la producción)."⁴, o sea, que los sujetos son marginados por una necesidad productiva (su enfermedad altera la producción) pero su regreso a la producción

no se plantea como función principal. En este contexto se puede entender la conclusión de que la psiquiatría "...no consigue más que secundariamente, rehabilitar a los sujetos que se le confían, pero sí consigue perfectamente, neutralizarlos justificando, mediante racionalizaciones científicas, la necesidad de esta vigilancia, consecuencia de una exclusión social en cuyo instrumento dicha ciencia se convierte."⁵. Neutralización de los sujetos, marginación en un espacio delimitado, ambos significan una carencia en la pretendida función rehabilitadora.

¿A partir de qué elementos afirma la escuela italiana la falta de rehabilitación? Dice Basaglia: "Si la finalidad rehabilitativa de ambas instituciones fuese real, habría detenidos e internados rehabilitados y reinsertados en el contexto social. Esto sucede muy raramente, ya que el ingreso en una u otra de estas instituciones marca, por regla general, el comienzo de una carrera de la cual se conocen los desarrollos y las consecuencias,"⁶, es decir, que por un lado hay una ausencia real de rehabilitados en las diferentes esferas sociales, y por otro, en una referencia explícita a Goffman, la internación, el período de paciente según Goffman, implica una serie de retrocesos en la vida del sujeto, y un desequilibrio de su yo (Goffman), que dificultan una eficaz vuelta a la sociedad. Un poco más adelante, en el mismo texto, agrega Basaglia: "Por los resultados no se puede decir ciertamente -- que tal proceso sirva para la rehabilitación, para la recuperación del desviado y el restablecimiento de la salud del enfermo. Si -- así fuera la mayoría de los internados, tanto de nuestras cárceles como de nuestros manicomios, debieran llegar a ser rehabilitados y curados y no es suficiente reconocer o admitir los límites de la ciencia en estos sectores para explicar el fracaso general de las instituciones destinadas a la rehabilitación y a la cura."⁷

Nos acercamos aquí al punto medular de la argumentación italiana sobre la rehabilitación, para estos autores lo fundamental es un elemento que ha escapado a los teóricos de la psiquiatría y, para el caso, de la criminología, a saber, "Se trata de la clase a la cual pertenecen los usuarios de estas instituciones y ciertamente no puede ser casual que para la casi totalidad, sean proletarios o subproletarios..."⁸, y para estos sujetos lo que rige en las instituciones psiquiátricas es un concepto de irrecuperabilidad de la enfermedad mental. No pasa lo mismo con los miembros de

la clase dominante -y se podría agregar, para ciertos sectores de la pequeña burguesía - ya que para ellas, fuera de las instituciones manicomiales, "...existe un concepto de recuperabilidad distinto y obviamente un distinto concepto de irrecuperabilidad, por los cuales enfermedad y delincuencia pierden el carácter natural irreductible que presentan en las cárceles y en los manicomios. La recuperabilidad está subordinada a los instrumentos de los cuales se dispone y la voluntad de recuperar. La burguesía dispone para sí de estos instrumentos y de esta voluntad"⁹.

La división clasista de la sociedad, presentada como división "natural" por la ideología dominante, marca entonces importantes límites para la rehabilitación de los sujetos, según sea su clase social. Concluye entonces Basaglia, que "...si la finalidad terapéutica y rehabilitadora de estas instituciones no fuese sólo formal sino prácticamente realizada, el problema estaría ya de por sí resuelto. Pero una cosa es la función formal y otra su práctica real. La verdad está en la práctica, que nos demuestra cómo los internados de nuestros manicomios y de nuestras cárceles salen raramente rehabilitados: y es que la finalidad efectiva de estas instituciones continúa siendo la destrucción y la eliminación de lo que contienen"¹⁰.

Como se puede ver por lo hasta aquí comentado el análisis hecho por la escuela italiana del proceso de rehabilitación pasa por distintos niveles que van desde el individuo, a la institución y, por último, al sistema social. Es así entonces que no se puede solamente hablar de las técnicas rehabilitadoras sino que también hay que referirse a la base superestructural y estructural que dan vigencia y hacen posible la aplicación de las técnicas. Los niveles y su relación, planteados por Basaglia, son los siguientes:

- "1) el nivel individual, o sea, el del enfermo y su enfermedad.
- 2) el nivel institucional o supraestructural en el que el enfermo se encuentra constreñido. Es decir, la codificación científica de la enfermedad, implícitamente ligada a la definición de los límites de la norma transgredida por el comportamiento enfermo; la relación que el individuo establece con dicha codificación y la institución en la que la enfermedad, una vez definida y codificada, pasa a estar circunscrita.

3) el nivel estructural, o sea el significado estructural estratégico de la institución en el seno del sistema social del que dicha institución es expresión,

Para hablar de rehabilitación y recuperación es, pues, indispensable que estos tres planos resulten complementarios respecto de una finalidad común, en el sentido de que el enfermo debe encontrar, en la institución destinada a su tratamiento, la respuesta a las necesidades que la misma enfermedad representa, y en la realidad externa los elementos indispensables para su reinserción y su recuperación".¹¹ Ahora bien, la conclusión de la escuela italiana es que estos tres niveles son antagónicos entre sí en las "sociedades occidentales" .

En los primeros párrafos de este apartado se ha venido siguiendo el razonamiento de los italianos para llegar a formular su tesis sobre la ausencia de rehabilitación en hospitales psiquiátricos de las sociedades capitalistas. Después de la explicitación de los niveles tomados en cuenta, ya se está en condiciones de plantear esta tesis; aunque corriendo el riesgo de ser repetitivos y cansados se reproducirá en forma extensa la formulación de esta tesis en los diferentes lugares en que aparece en su forma más acabada.

Dice Basaglia: "La rehabilitación del enfermo mental, en países donde no está resuelto el problema del pleno empleo, es una ilusión técnica simultánea a la restricción máxima de la norma (o sea, a la máxima exclusión de la inadaptación) típica de una realidad paleocapitalista. Nuestra economía no sabe que hacer con aquellos que, progresivamente, van siendo marginados de la producción como excedentes; lo cual significa que la acción técnico-terapéutica capaz de hacer posible la rehabilitación del enfermo mental (la nueva cara de la enfermedad) no puede ser actualmente aceptada como razonable, en la práctica, por nuestra situación político-económica"¹², en el mismo texto, más adelante, agrega: "En estos términos, el problema de la rehabilitación de la enfermedad mental... se relaciona menos con la enfermedad como hecho morboso que con la mayor o menor necesidad de abrir las reservas para la producción, es decir, la mayor o menor demanda por parte del mercado. Hasta que no exista la necesidad económica de absorber en la producción a las minorías marginadas, la intervención que haría posible la reha

bilitación seguirá siendo una posibilidad irrealizable en el plano práctico: los límites de la norma se mantienen con una rigidez tal que rehabilitación y exclusión resultan simultáneas y equivalentes".¹³ O sea, que los mecanismos sociales se superponen a la institución, superposición en el sentido de hacer rígida la norma y a la enfermedad para determinar, en términos de mercado de trabajo, la mayor o menor posibilidad de rehabilitación.

En otro lugar se pregunta Basaglia: "O sea, una vez rehabilitados ¿encontrarán un trabajo en cual satisfacer sus propias necesidades y las necesidades de su familia?, ¿o serán más bien los reglamentos, sobre los cuales se funda las instituciones de la marginación estructurados de manera que la rehabilitación no sea posible porque, como quiera que sea, estos individuos una vez rehabilitados permanecerían en los márgenes, expuestos continuamente al peligro de caer en nuevas infracciones de las normas que para ellos no han tenido jamás una función protectora, sino sólo represiva? La posibilidad de su rehabilitación es directamente proporcional a la disponibilidad de mano de obra, al trabajo que encuentran afuera, en la llamada comunidad libre, según las fases de concentración o difusión económica. Las oscilaciones del número de recuperaciones y de dimisiones en nuestros manicomios están directamente ligadas a las fases alternas del movimiento económico general, en el sentido de que, según los diversos momentos de desarrollo o de recesión y crisis, se asiste a la simultánea ampliación o restricción de los límites de la norma y por tanto a la ampliación o restricción de la tolerancia frente a los comportamientos anormales".¹⁴ Así, los diversos momentos de flujo y reflujos de la economía serían determinantes para la posibilidad de recuperación de los pacientes psiquiátricos en la medida en que permitirían la puesta en marcha de las diversas técnicas terapéuticas para lograr esta recuperación. También Jervia asume esta tesis cuando plantea que "...el poder estatal puede estar interesado, sobre todo en los momentos de pleno empleo, en recuperar al menos una parte de la fuerza de trabajo que se deteriora en los pabellones manicomiales" y más adelante afirma el mismo autor que "la posibilidad de reducir al máximo la población manicomial está ligada así mismo a otras variables, ajenas a los modos de asisten-

cia psiquiátrica: la primera de ellas es la situación del mercado de trabajo. En una situación de bienestar y de pleno empleo, los internamientos disminuyen y son más breves".¹⁵

Todo este párrafo anterior resumiría los principales elementos que utiliza la escuela italiana para analizar la rehabilitación, buscando la fundamentación, principalmente, en los determinantes socioeconómicos. Hay que tener claro que estos determinantes lo son para las diferentes clases de la sociedad, aunque la relación ocupación plena-rehabilitación, tal como lo formulan ellos, sólo se da para aquellas clases que reciben su tratamiento en los hospitales psiquiátricos.

En Los Crímenes de la Paz, los Basaglia, también han enunciado una tesis sobre la rehabilitación más relacionada con la psicopatología del paciente, aunque muy poco desarrollada en otros textos. Se refiere ésta al "sentido de pertenencia a la sociedad, que se revela como totalmente ausente tanto en los internados de los manicomios como en los encarcelados... La rehabilitación exige también un elemento subjetivo y la participación de aquél que debe ser rehabilitado. Pero para participar en este proceso es necesario que los que se encuentran en el proceso de rehabilitación reconozcan a las instituciones que los segregan como terapéuticas y rehabilitadoras. La enmienda misma tiene sentido sólo si el desviado se reconoce como tal en relación a una sociedad de la cual se siente miembro partícipe y en cuyas leyes cree, en cuanto ha contribuido a instituir las, aun si de hecho se desvía de ellas".¹⁶ Sin embargo, la característica de clase de estos sujetos lo atestigua, no es este el caso ya que son sujetos que se presentan al hospital como marginados de esta sociedad y así ¿para que esforzarse a regresar a una realidad que no ofrece distintas opciones?

Regresando a la tesis de la relación rehabilitación-ocupación plena, se puede observar que los italianos han tratado de ejemplificar esta relación con el caso ocurrido en Inglaterra. En este país desde 1944 y con la "National Act" del 59 hay un desarrollo de una psiquiatría que busca acercar más el enfermo a la comunidad planteando una nueva actitud hacia la locura. En efecto, "La segunda guerra mundial parece haber desempeñado un importante papel: el aumento considerable de enfermos y la relativa escasez

de psiquiatras y enfermeros, plantearon graves problemas de rendimiento a los hospitales psiquiátricos"¹⁷; por otro lado en la situación económica inmediatamente posterior a la guerra había una gran necesidad de mano de obra, y así "Se consiguió entonces crear instituciones destinadas a la rehabilitación de los enfermos, para una sociedad que tenía necesidad de personas rehabilitadas. Se trataba, pues, de una respuesta técnica a una demanda económica lo cual se corresponde exactamente con la exigencia, de que hemos hablado al principio, de una coincidencia real entre la función técnico-especializada y la estructura social en la cual se espera"¹⁸. Esto significa que el intento inglés de formular un proyecto que efectivamente lograra rehabilitar a los pacientes psiquiátricos se vio favorecido porque la sociedad necesitaba efectivamente de estos sujetos. Así, "...en las únicas ocasiones en que ha habido tentativa real de rehabilitación del enfermo mental han sido concomitantes con las necesidades concretas de mano de obra por parte de la producción. La respuesta técnica a una demanda económica demuestra entonces, prácticamente, su eficacia".¹⁹

Sin embargo no es esta la situación actual de la misma Inglaterra, dice el mismo Basaglia: "Asistimos ahora, veinte años después, a una involución del programa psiquiátrico. Es bien sabido que los hospitales ingleses, cuyo número de pacientes se había reducido notablemente, están actualmente repoblándose, lo cual está en relación directa con la recesión económica actual que pone de relieve las contradicciones insostenibles a las que un país capitalista pretendía hacer frente gracias a unas formas de organización socialistas utilizadas como instrumentos de intervención técnica".²⁰

2.5. Marco teórico: ampliación y evaluación.

"En definitiva Italia no tiene ningún "modelo" por ofrecer; pero sí, por supuesto, una experiencia."

(Giovanni Jervis, El buen reeducador.)

2.5.1. Las corrientes alternativas en psiquiatría.

En este punto se va a tratar de resumir las principales aportaciones de los autores identificados con la llamada antipsiquiatría. Se usará este nombre para englobar los cuestionamientos a la psiquiatría que se han conformado recientemente y que han puesto en discusión el poder médico y su relación con el paciente, aunque se sepa que no sólo constituye este agrupamiento un verdadero cajón de sastre en donde se pueda encontrar amplias gamas de tendencias teóricas, terapéuticas y políticas, sino que también parece ser un término mal escogido porque la mayoría de los autores así denominados no pierden ocasión de renegar de él, siendo la única excepción el caso de D. Cooper. A esta tendencia se le podría llamar, más bien, de psiquiatría alternativa, pero la costumbre, y las casas editoriales, ya han consagrado el de antipsiquiatría que se usará teniendo en cuenta los problemas señalados.

Es importante también recordar que cada uno de los autores que a continuación se estudiará, bien podrían ser considerados, cada uno de ellos, como un marco de referencia teórico unitario con sus planteamientos y soluciones propias. Sin embargo no interesa aquí -en la medida en que ya se ha hecho una opción teórica- el tomarlos en su total especificidad ni tampoco el hacer una revisión crítica de cada uno de sus planteamientos según el marco teórico escogido, sino que más bien el interés aquí es el de buscar, en la medida de lo posible, referencias que permitan una mejor comprensión del problema de la rehabilitación. En la medida de lo posible porque las distintas aproximaciones teóricas que conllevan imponen un límite a este "ecleticismo" y, se puede adelantar, porque sus planteamientos, en términos generales, están mucho más enfocados hacia los procesos de cura y terapia que a los de rehabilitación propiamente dichos, según la demarcación constatada en la introducción.

La historia puede empezar en los Estados Unidos de Norteamérica. Según Castel, la fecha clave sería 1948 con la publicación por parte de A. Deutsch del libro "The Shame of the States" (La vergüenza de los Estados), en donde relata el carácter "pre-histórico" de las relaciones sociales que se establecen en los hospitales psiquiátricos de los E.U.A., lo que contrasta con los valo-

res liberales proclamados por la sociedad.² Por otro lado Menéndez va incluso a fechas más remotas de principios del siglo y propone una nueva revalorización de los aportes del funcionalismo y de las corrientes de la antropología cultural norteamericana que ya habría, para este entonces, hecho un planteamiento de conjuntos para el problema de la locura-desviación.³ Ahora bien, estos primeros intentos pueden generar, como afirma el mismo Menéndez, una visión positiva de la desviación social (en la línea de Durkheim, Talcott Parsons, Lévi Strauss y R. Bastide) o una visión de la desviación como negatividad del sistema social en la línea del interaccionismo simbólico (presente ya en autores como W. Mills, Scheff, etc.)⁴; en los términos que expone el problema, Castel, afirma que toda esta crítica anterior da origen a dos vertientes, a saber, una "psicosociología del establecimiento psiquiátrico" que reduce el problema de la institución al análisis y modificación de su organización interna en función de los fines pretendidamente curativos o, por otro lado, a una "sociología de la institución psiquiátrica" que busca ver a la institución psiquiátrica como un aparato de poder y control social en contradicción con la ideología humanista liberal y racionalizadora de la sociedad⁵. Los autores que se pasarán a revisar representan diversas tendencias de la negatividad de que habla Menéndez o de la sociología de la institución psiquiátrica de que habla Castel, y que representan diferentes grados de radicalidad dentro de la antipsiquiatría.

Un momento particularmente importante se da en 1961 con la publicación del libro "Internados" por E. Goffman. Menéndez ha señalado la profunda deuda que gran parte de la corriente anti psiquiátrica tiene con este autor que fue, junto con Becker, Lemert y Scheff, uno de los responsables de la conformación de la visión negativa sobre la desviación, preparando el camino también para la teoría del etiquetamiento.⁶ Según Castel hay dos puntos a destacar en esta obra: "1- Goffman separa perfectamente la estructura interna del hospital psiquiátrico y 2- La sitúa dentro de un abanico de estructuras sociales, esbozando, por medio del concepto de institución totalitaria, la ruptura con el punto de vista médico y el paso de la psicología del establecimiento a la sociología del sistema psiquiátrico."

Aunque el método etnográfico, básicamente descriptivo, de Goffman haya sido criticado⁸, sus aportes son unánimemente considerados como primordiales. La riqueza de su material de campo es difícil de encontrar en otros autores. El concepto de institución total, que abarca el primer capítulo de su obra *Internados*⁹, ha sido utilizado explícitamente por la escuela italiana y su importancia ha sido ya comentada por Castel; bajo este concepto Goffman pudo hacer una descripción pormenorizada del mundo interno del hospital psiquiátrico demostrando cabalmente el aspecto anti-terapéutico de esta institución, la forma como el sujeto pier de toda identificación adentro de la institución y el deterioro personal que esto significa¹⁰, como se le quita toda posibilidad de demostrarse a sí mismo su capacidad de control sobre el mundo, el sistema de castigos y privilegios imperantes y el significado que estos últimos adquieren en el día a día del sujeto¹¹.

Pieza fundamental descrita por Goffman en los hospitales psiquiátricos es el de la ideología médica y el modelo de conducta que de esta forma se propicia, y dice: "Algunos de los hospitales psiquiátricos se distinguen por ofrecer dos posibilidades de conversión muy diferentes: una para el recién ingresado, que acaso vea la luz después de una adecuada lucha interior, y acepta el punto de vista psiquiátrico acerca de sí mismo; otra para el paciente crónico, que adopta las actitudes y el uniforme del personal auxiliar, al que ayuda en el manejo de los otros enfermos, superándolo a menudo en severidad profesional"¹². Pero todo esto no carece de justificación; el modelo médico sirve para explicar todo lo que se hace en el hospital, "un marco de referencia médico no es, meramente, una perspectiva que permite determinar y fundamentar una decisión relativa a la dosificación, es una perspectiva preparada para justificar toda clase de decisiones, tales como el horario de las comidas en el hospital, o la forma en que se dobla allí la ropa blanca"¹³.

Respecto al tema de la rehabilitación, que es lo que aquí interesa propiamente, Goffman ha hecho también algunas aportaciones interesantes. Como el hospital psiquiátrico tradicional propugna un aislamiento casi total del paciente se ponen en peligro sus repertorios de actividades si el internamiento es demasiado prolongado, o, como dice Goffman, "...si la estancia del inter-

nado es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado 'desculturación', o sea, 'desentrenamiento' que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento que lo haga"¹⁴. El autor describe el sentimiento de ansiedad que se apodera del paciente ante la perspectiva de regresar a la sociedad en el momento en que es dado de alta y la inseguridad que significa esto para el interno.

La posición que adopta Goffman respecto a la posibilidad de rehabilitación es bastante negativa: "Según sus frecuentes declaraciones oficiales, las instituciones totales se ocupan de la rehabilitación del interno, o sea de reparar sus mecanismos autorreguladores, de tal modo que al marcharse mantenga por decisión propia las normas del establecimiento... En realidad, este pretendido cambio en los internos rara vez se cumple, y aunque en ciertos casos se produce una alteración permanente, los cambios no son casi nunca los que el personal se había propuesto conseguir"¹⁵.

Además de la desculturación y la ansiedad como factores que dificultan la rehabilitación, Goffman enfatiza otro elemento que será retomado luego por las otras tendencias de la anti psiquiatría, a saber, la estigmatización que sufre el ex-paciente psiquiátrico en el sentido de que es un hecho de que para este "...su posición social en el mundo exterior no volverá a ser nunca la misma que antes de su ingreso... Cuando el status proactivo es desfavorable, como el que cargan los que se gradúan en las cárceles y en los hospitales psiquiátricos, puede hablarse de un 'estigma' y prever que los ex-internos harán todos los esfuerzos imaginables para ocultar su pasado y superarlo"¹⁶. Otro aspecto, apenas esbozado por Goffman pero de gran importancia, sobre la rehabilitación y la realidad económica-social está presente en una nota de la página 214 que dice: "En un servicio del hospital existía un considerable número de pacientes masculinos que habían ingresado en un tiempo de depresión económica en los que los empleos eran escasos y, relativamente aislados desde entonces del curso exterior de los acontecimientos, aún creían que su posición en el interior representaba un buen negocio"¹⁷, lo que viene de acuerdo con las afirmaciones que hace el autor del carácter de depósito

de sobrantes que adquieren varios hospitales psiquiátricos¹⁸.

El efecto general de todas estas condiciones que significan el hospital psiquiátrico es que el sujeto "frecuentemente desarrolla cierta alienación de la sociedad, que se traduce algunas veces en una aprensiva resistencia a salir de allí. La alienación puede surgir, cualquiera haya sido el tipo de desorden que provocó su reclusión en primer término, pues constituye un efecto secundario de la hospitalización, y a menudo tiene para él mismo, y para su círculo personal, mayor transcendencia que sus dificultades originarias"¹⁹, o sea, que más bien lo que logra el ambiente del hospital psiquiátrico es un amplio sentimiento de desintegración a la sociedad del paciente.

Estas serían, en forma bastante resumidas, las principales aportaciones de Goffman al problema específico de la rehabilitación. Se han dejado de lado aportaciones fundamentales de este autor respecto a temas tan esenciales como las funciones de la psiquiatría, la crítica al modelo médico, el proceso de etiquetamiento, los ajustes secundarios a la institución, etc., etc., Resta decir únicamente que se puede considerar todo el libro de "Internados" como una crítica demoledora a la institución psiquiátrica y a su insignificante influencia sobre la mejoría, tanto en términos de cura como de rehabilitación, del paciente.

Otro autor importante dentro del movimiento antipsiquiátrico es el también norteamericano Thomas Szasz. Autor polémico en todos sus escritos, es conocido por haber puesto en la orden del día a la consideración de la enfermedad mental como un mito. Los puntos principales a destacar en la obra de Szasz son, en primer lugar, la utilización sistemática que hace ya este autor de la teoría del etiquetamiento (uno de sus libros más importantes, "El Mito de la Enfermedad Mental" es de 1961, coincidiendo con la publicación de "Internados") de tal amplitud que, dividiendo el problema en enfermedades del cerebro (como la sífilis cerebral) y enfermedades mentales (como la esquizofrenia)²⁰, llega a considerar que todas las enfermedades mentales caen dentro del rubro del etiquetamiento²¹.

Gran parte de los textos de Szasz están dedicados a la polémica del término "enfermedad mental", su surgimiento, aplicación y consecuencias, mostrando la diferencia de procedimientos

epistemológicos que en realidad significa el concepto de enfermedad en el soma y en la psique. Analizando a la histeria y su planteamiento con Charcot procura mostrar que el elevar el sujeto-paciente que sufre de la categoría de fingidor a la de paciente constituye un error socioético y que la rotulación del histérico como enfermo mental más bien teterda el reconocimiento de la esencia del problema, que sería de tipo psicológico, relacional. Ahora bien, esta reclasificación médica de las desviaciones, más que una ayuda para el sujeto tuvo, según Szasz, "...especial valor para los médicos y para la psiquiatría como profesión e institución social. El prestigio y el poder de los psiquiatras fueron en aumento a medida que se ampliaban sin cesar los dominios comprendidos dentro de la esfera de su disciplina específica"²². En este mismo contexto, Szasz ha insistido en que el concepto de enfermedad tal como es definido para las enfermedades del soma según el concepto histopatológico de Virchow, no es aplicable, por ejemplo, para la conceptualización que hacen Kraepelin y Bleuler sobre la esquizofrenia como enfermedad ya que se le caracteriza como alteración del comportamiento, como un desajuste en el uso de la metáfora, redefiniendo, en realidad, el criterio de enfermedad de la histopatología a la psicopatología, sin lograr un conocimiento de los procesos psicoquímicos, fisiológicos, etc., involucrados en el problema²³.

En resumidas cuentas, para Szasz las enfermedades mentales son enfermedades metafóricas, son problemas humanos relacionados con problemas económicos, morales, sociales y políticos, y no problemas médicos²⁴. El problema, según este autor, es que si bien las enfermedades mentales significan desviaciones de normas psicosociales, éticas y jurídicas, y no una desviación de la integridad estructural y funcional del cuerpo como en las enfermedades orgánicas, las primeras son tratadas también en términos médicos, y su conclusión es que: "Dado que los procedimientos médicos están destinados a remediar únicamente problemas médicos, es lógicamente absurdo suponer que contribuirían a resolver problemas cuya existencia misma se ha definido y establecido sobre fundamentos no médicos"²⁵.

Por fin, es importante señalar que este autor no plantea, según dice, la inexistencia de estos problemas sino que una

modificación en su conceptualización, es decir, "Aunque sostengo que las enfermedades mentales no existen, es evidente que con esto no quiero implicar o significar que tampoco existen los fenómenos sociales o psicológicos a los que se les adhiere este rótulo"²⁶ y más adelante agrega: "Cuando afirmo que la enfermedad mental es un mito, no estoy diciendo que no existan la infelicidad personal ni la conducta socialmente desviada; lo que digo es que la categorizamos como enfermedades por nuestra propia cuenta y riesgo"²⁷, En segundo lugar, y relacionado con este proceso de etiquetamiento -ya que la enfermedad mental es una desviación de la normatividad psicológica y social- hay una crítica constante a lo que se ha llamado psiquiatrización de la vida, o sea, que los problemas de relación cotidianos de las personas son considerados como problemas psiquiátricos que ameritan la intervención del especialista, lo que significa una extensión abusiva del concepto de enfermedad con fines cada vez más claros de control social .

Tratando de visualizar las propuestas de Szasz dentro de lo que aquí interesa se pueden considerar los siguientes puntos. En primer lugar se ve que la medicalización que sufren los enfermos mentales se considera como una propuesta equivocada para su tratamiento. En segundo lugar, Szasz considera que el lugar principal en donde se ejerce con ortodoxia todos los postulados de esta concepción, o sea el hospital psiquiátrico, es el lugar de los equívocos, ya que el concepto de enfermedad mental confunde la enfermedad y la cura, con la desviación y el control, y en nombre de un tratamiento supuestamente curativo se encierra y se tortura. Un punto ampliamente enfatizado por este autor es el de que la enfermedad remite al problema del cuerpo de un sujeto que desea ser curado con su consentimiento, mientras que la locura remite al comportamiento y puede llevar a una cura no solicitada donde alguien afirma que el sujeto está enfermo de la mente, y que es peligroso para sí mismo y los demás²⁸. Se procura así, separar las condiciones del paciente voluntario del involuntario y plantear que la última categoría debe dejar de existir, ya que estas intervenciones psiquiátricas no solicitadas son intervenciones en contra del paciente y no a su favor y forman parte del control social, como la criminología, y no como la medicina. Así, dice: "Por motivos tanto morales como prácticos, yo sostengo la abolición de

todas las intervenciones psiquiátricas no voluntarias"²⁹.

Entonces, se puede decir que hay una negación de la institución psiquiátrica en sus funciones de cura y rehabilitación. Ahora bien, dentro del marco de la rehabilitación en los hospitales psiquiátricos, Szasz ha llamado la atención en el sentido de que lo que prevalece en los hospitales de los E.U.A. es el culto al ocio obligatorio relacionado, según el autor, a una superabundancia crónica de mano de obra en este país³⁰; o sea, como hay mucha mano de obra en la sociedad, los hospitales no se plantean el problema de su recuperación ya que eso aumentaría el problema de desempleo en la sociedad. Así, afirma este autor: "La internación en los hospitales neuropsiquiátricos cumple en Estados Unidos una doble función socioeconómica. Primero, al definir a las personas internadas como ineptas (impidiéndoles a menudo trabajar incluso después de haber sido dadas de alta), el sistema de atención de la salud mental contribuye a disminuir nuestra reserva nacional de desocupados; gran número de habitantes son rotulados enfermos mentales en lugar de llamarlos desocupados o personas socialmente incompetentes. Segundo, al crear una vasta organización de hospitales e instituciones conexas, dicho sistema contribuye a dar empleo; en verdad la cantidad de puestos psiquiátricos y para psiquiátricos así creados causa vértigo"³¹. Se ve pues, que aunque Szasz parta de premisas ideológicas muy diferentes de la escuela italiana, se puede encontrar cierta similitud y apoyo para la tesis que aquí se propone. Resta decir que Szasz no avanza en el conocimiento de las determinaciones sociales que provocan este fenómeno rehabilitación=mano de obra, y que su propuesta final no es una subversión de estos mecanismos que operan en la institución psiquiátrica sino su simple y sencillo fin (sin decir tampoco como esto es factible), en beneficio de una práctica liberal-privada³².

Si la locura es algo más que un fenómeno a ser clasificado, si se constituye como una contradicción al que está sujeto cualquier hombre, o sea, como una experiencia vital, nadie ha enfatizado más las características existenciales de esta experiencia que los psiquiatras ingleses R. Laing y D. Cooper. Aunque puedan haber diferencias entre estos dos autores, se puede tomarlos en común en la medida en que ambos han realizado experiencias que han tenido por base la reivindicación del desarrollo comple-

to de la locura -vivida por el paciente como un viaje-, la no interferencia en la regresión que el paciente vive, entrando así en choque con las instituciones que proponen, ante cualquier síntoma su medicalización y erradicación inmediata. Es así que uno de los aspectos centrales de la propuesta de ambos es el pleno derecho que deben de tener todos los sujetos a vivir su locura sin represión.

Según Castel "La antipsiquiatría anglosajona ha atacado simultáneamente el doble postulado del pensamiento psiquiátrico: que la perturbación psíquica deba ser tratada de preferencia por medio de una competencia especializada; que el 'enfermo mental' deba ser puesto en una relación de tutela con el poder psiquiátrico (o psicoanalítico)"³⁵; en relación al planteamiento de que la antipsiquiatría se constituye en contra del poder médico, se puede ver que, en el caso de la antipsiquiatría inglesa, esta estrategia de lucha se da en dos formas que, dice Foucault, serían "...preparar un lugar privilegiado en donde deban ser suspendidas o perseguidas siempre que vengán a reconstituirse (Kingsley Hall); individualizarlas una a una y destruirlas progresivamente en el interior de una institución de tipo clásico (Cooper en el pabellón 21)"³⁴. Así, estas estrategias han dado lugar a experiencias concretas contra-institucionales dentro de una institución (Cooper) y como formación de un ambiente que se propone ser anti-institucional (Laing).

Hay algunos puntos importantes a destacar de estos autores. La formación de lugares privilegiados parte del principio de que la enfermedad mental (la esquizofrenia es la que se ha trabajado más) es en realidad un último recurso de actuación por parte del sujeto, y que si se cambia el marco general en donde se da, esta experiencia no necesariamente va a ser considerada como psicótica - y lógicamente segregada, medicalizada, estigmatizada, etc, - sino que se considerará como una experiencia liberadora, en donde el sujeto pasa a través de varias metanoias (cambios de mente)³⁵ siendo la tarea del psiquiatra el ser una especie de guía-espectador del proceso regresivo, o sea, que deberá seguir el movimiento del episodio esquizofrénico en lugar de detenerlo, alentando la regresión del paciente³⁶. En su libro teórico más fundamentado Laing dice respecto a la función del terapeuta lo siguiente: "Co-

mo el intérprete, el terapeuta debe poseer la plasticidad necesaria para transponerse a sí mismo a otra extraña, y aun ajena, concepción del mundo. En este acto, hecha mano de sus propias posibilidades psicóticas, sin renunciar a su cordura. Sólo de esta manera puede llegar a comprender la posición existencial del paciente³⁷. Es en el afán por llegar a comprender esta "posición existencial" en donde está uno de los rasgos más importantes de la antipsiquiatría inglesa y es la línea básica que sigue Laing en todo su libro de "El Yo Dividido", en donde busca visualizar los procesos de cambio y escisión de la personalidad del sujeto, como se va fragmentando su yo, el contacto que mantiene con la realidad por medio de su "yo encarnado" y la separación de su "yo no-encarnado", etc. .

El proceso de superación de esta posición esquizoide se da mediante una serie de luchas por parte del sujeto para volver a reconstruir su vida, saliendo de la pasividad, tal como que da ejemplificado por los estadios de que habla Cooper; comentando el significado de las sportaciones de Laing, Basaglia dice que "La práctica y la teoría de Laing tienden a enfocar y a privilegiar -si bien manteniendo presentes los otros planos del discurso- el momento de la transformación subjetiva; así como nosotros (Basaglia y sus colaboradores) tendemos a privilegiar, si bien manteniendo presentes los otros planos del discurso, el de la transformación social. La práctica y la teoría de Laing tienden por lo tanto a mover desde el interior la inercia del hombre en relación consigo mismo y con los otros; así como nosotros tendemos a mover, a través de nuestra acción en un punto específico, la inercia del mundo social"³⁸.

El movimiento inglés ha generado también dos tipos de crítica. En primer lugar una crítica a la medicalización de la enfermedad mental que toma, en términos generales, el camino de todas las tendencias antipsiquiátricas³⁹. En segundo lugar una crítica al concepto de la normalidad que empieza en una revalorización del significado que tiene la locura como experiencia, y que se invierte como una crítica a la normalidad del hombre "sano común", y de la cotidianeidad. Laing, entonces, afirma: "Por lo tanto, propongo que la cordura de la psicosis se prueban conforme el grado de conjunción o de disyunción entre dos personas, cuando una

de ellas es cuerda por consenso universal"⁴⁰; ya con este punto de partida puede Cooper plantear, por un lado, la nueva visión de la locura cuando dice, a saber, "En realidad, pienso que lo que debemos hacer es volver a valorar ciertos estados de experiencia y de conducta considerados como enfermizos, y luego, a través de una radical desclínicalización de nuestro armazón de referencias conceptuales, considerarlos como estrategias más o menos abortadas o que alcanzaron éxito para lograr la autonomía y la coherencia personal"⁴¹. Por otro lado la crítica de Cooper a la normalidad dominante se hace, en su esquema, por medio del estadio de la eknoia que es "...el estadio normal del bien condicionado e infinitamente obediente ciudadano. Es un estado en el cual uno está tan enajenado de cada aspecto de su propia experiencia, de cada impulso espontáneo para la acción, de cualquier brizna de conciencia de poseer un cuerpo para sí más que un cuerpo como objeto de inspección por parte de los demás en el mundo..."⁴². Esta sería, en forma muy resumida, la inversión que la locura-normalidad sufre en la posición inglesa que raya, en algunos casos, la apología de la alienación.

El último punto que interesa destacar es que con la antipsiquiatría inglesa hay una aproximación más avanzada de los determinantes sociales que están involucrados en la enfermedad mental y que su táctica de acción se sale ya de los marcos liberales que propone Szasz. En efecto, ya en "El Yo Dividido" Laing propone articular el problema, utilizando para esto la categoría del pensamiento existencialista de ser-en-el-mundo y critica el hecho de que "Las palabras del vocabulario técnico de uso común se refieren, al hombre aislado de los otros y del mundo, es decir, como una entidad que no está esencialmente 'en relación con' los otros y en el mundo, o bien se refieren a aspectos falsamente sustancializados de esta entidad aislada"⁴³, y en Lo Obvio dice Laing que lo importante es el estudio de las situaciones que involucran no sólo al paciente como también a todo el personal médico y para médico de la institución. En otro texto Laing precisa más este punto de vista al decir que "...la etiología de la esquizofrenia tiene que buscarse a través de estudios de situaciones sociales, de las circunstancias sociales en que esta atribución ha entrado

en juego"⁴⁴. Esta propuesta ha sido abstractamente radicalizada por Cooper quien afirma lo siguiente: "De esta manera, la locura es un proyecto político y las posiciones que busco defender pueden ser sintetizadas en dos proposiciones: La primera, el que cada loco es un disidente político y, la segunda, que cada delirio es una afirmación política"⁴⁵, lo que significa en realidad tomar só lo uno de los polos de la relación anteponiendo y reduciendo a las contradicciones sociales la problemática psicopatológica de los sujetos. Si un determinado loco es o no un disidente político hay que verlo en la práctica, en el caso concreto, y no con falsas abstracciones que más bien confunden el problema de su dimensión necesariamente social y política.

¿Cómo tratar de enfocar tcjos estos elementos de la antipsiquiatría inglesa a lo que aquí interesa? En realidad no es nada fácil. Castel lo ha notado claramente cuando afirma que "La elaboración teórica de la antipsiquiatría inglesa me parece acom_o darse a un ecletisismo difícil de justificar en el que se encuentran mezcladas las aportaciones del psicoanálisis, de la fenomenología, de la crítica social, del surrealismo, del socialismo utópico, etc. y cuya dominante -afinidad sentimental más que influencia directa, sin duda- debería buscarse por el lado de la metafísica bergsoniana con sus dicotomías de lo superficial y lo profundo, de lo objetivo y lo subjetivo, de lo social y de lo humano, a lo cual es muy difícil darle una utilización sociológica"⁴⁶. Teniendo a la vista estas limitaciones se puede resumir las aportaciones de estos autores diciendo que sus experiencias prácticas han significado una nueva valoración de la locura buscando no sujetarla a los mecanismos institucionales que la constriñen a la vez que se pretende una búsqueda de los mecanismos sociales -con serias carencias, por cierto- que la determinan. La rehabilitación del sujeto queda enmarcada en las posibilidades de transformación de éste a través de su experiencia regresiva. El problema concreto de la rehabilitación no está mayormente abordado.

Los psicoanalistas no han permanecido ajenos a la discusión realizada por la antipsiquiatría, y es en Francia donde es ta relación se ha dado en forma más contundente⁴⁷. En un texto al go posterior a la primera producción de la antipsiquiatría, "El Psiquiatra, su Loco y el Psicoanálisis" de M. Mannoni, se encuentra

un buen ejemplo de este tipo de conjunción. No interesa aquí entrar en una discusión crítica del carácter del psicoanálisis, si es o no una teoría más adecuada que otras para la conformación de una psicopatología, etc.; lo que sí es pertinente es analizar las propuestas de la autora en términos de trabajo y crítica institucional, tal como se ha venido haciendo con los otros autores.

Desde el inicio mismo del texto, M. Mannoni propone una articulación: "El movimiento actual de antipsiquiatría ataca nuestras posiciones ideológicas tradicionales. Al cuestionar el status que la sociedad le ha dado a la locura, impugna al mismo tiempo la concepción conservadora que se haya en la base de la creación de instituciones 'alienantes', y conmueve así los fundamentos sobre los que reposan la práctica psiquiátrica y el poder médico" y más adelante agrega "La actitud psicoanalista no hace del saber un monopolio del analista. El analista, por el contrario, presta atención a la verdad que se desprende del discurso psicótico"⁴⁸. Se busca, entonces, señalar el intento del psicoanálisis de dejar de lado la visión conformista de la locura que ve al loco en términos de minusvalía y carencia, y el intento de buscar, no la adaptación, sino que la verdad del sujeto en su discurso.

Lo primero a analizar son los puntos destacados que la autora retoma de la antipsiquiatría, para luego ver sus diferencias específicas y, por último el problema del psicoanálisis en la institución psiquiátrica.

La autora empieza con una crítica hacia las funciones político-administrativas del psiquiatra afirmando que "Cuando a un individuo se le 'reconoce como loco', la sociedad por intermedio del psiquiatra, lo ubica en la categoría de los 'enfermos mentales', para apartarlo. De esta manera cierta tradición médica ha hecho del psiquiatra un personaje que detenta una especie de autoridad moral y policial. Administrativamente, tiene intereses compartidos con la policía... La usurpación que el poder judicial hizo sobre el poder médico ha contribuido a falsear el abordaje científico del problema de la 'enfermedad mental'"⁵⁰; se ha visto ya que este rechazo a las funciones "policiales" que adquiere el psiquiatra es parte integrante de las críticas de la antipsiquiatría. De aquí la autora pasa a criticar a la psicosis institucional y al etiquetamiento que asume el diagnóstico para el enfermo



mental, en el sentido de que el diagnóstico no abre nuevas posibilidades para el sujeto -ni siquiera se le comunica- y que más bien sirve como una pantalla que esteriliza la comunicación con el paciente⁵¹. En la medida en que la psiquiatría se hace partícipe de las funciones policiales de una sociedad segregante la figura del loco sufre una mutación cuyo resultado final es su estigmatización en la sociedad y que dificulta su correcta captación por el psiquiatra ya que "El disfraz con que el 'loco' se protege no es ajeno a la naturaleza de la 'locura', pero el vestido que nosotros le agregamos, el status que le otorgamos, constituye una pantalla que nos impide el acceso al conocimiento sobre la naturaleza oculta de la 'locura'"⁵².

En realidad nos parece estar leyendo a Basaglia cuando M. Mannoni sigue en la caracterización de la relación médico-enfermo mental, y dice: "La relación establecida con la enfermedad mental es una relación que lleva a la objetivación del loco, objetivación en la cual se le abandona. El problema no es tanto el de enfermedad cuanto el de la relación establecida con la enfermedad con el médico y la sociedad que juzga. No se trata de decir que la enfermedad mental no existe, sino que el modo como ella evoluciona guarda relación con el tipo de aproximación que se establece para acceder a ella"⁵³. Y es que, según la misma autora, la medicalización de la locura ha sido decisiva para atar el psiquiatra al orden burgués, ; "Tuke y Pinel, si bien pusieron en evidencia el papel no médico del médico, con el fin de poder así renunciar mejor a los métodos médicos (inoperantes) de su época, medicalizaron no obstante lo 'no médico' haciendo del personaje del médico una figura mítica imponente, que detenta el poder de dominar la locura. El médico que trabaja en el asilo, al otorgarse en un momento dado de la historia un poder médico administrativo absoluto, se convirtió al mismo tiempo en sostén de cierto orden burgués y de cierta ideología burguesa"⁵⁴, y agrega rotundamente más adelante que "... al privilegiar lo médico, el terapeuta se ha pasado a las filas de las fuerzas represivas"⁵⁵.

Un último punto a destacar es la importancia que la autora concede a lo "social" dentro de la enfermedad mental, a saber: "Aunque estemos lejos de sostener la idea de que el malestar social es la única causa de la 'enfermedad mental', no podemos

desconocer el modo en que este malestar obra como elemento sobre determinante, al mismo tiempo en el proceso que conduce al hombre al asilo y en el proceso que a la salida del asilo lo mantiene en el estado de 'disminuido' o de inválido. El psicoanálisis no puede conciliarse ya con una psiquiatría que cada vez se organiza más con el sentido de codificación administrativa"⁵⁶.

Hay algunas diferencias importantes a mostrar. Respecto a la posición de Laing y Cooper, la autora dice que "Los autores reclaman para los 'pacientes' el respeto a su delirio"⁵⁷ y agrega más adelante que "Se ha reivindicado - a menudo con razón- el 'derecho a la locura'... Estas posiciones pertenecen, no obstante, a toda una ideología de la felicidad que privilegia el orden de lo imaginario, ideología que no está al abrigo de todas las formas de mistificación. El problema de la locura no puede ser resuelto por la reivindicación (generosa) de la libertad y de la no-constricción"⁵⁸, ya que, como se verá más adelante, la posición de M. Mannoni es liberar el loco para analizar su discurso⁵⁹, pero sin llegar a la inversión que ciertos antipsiquiatras proponen de la locura-normalidad. En efecto, más adelante dice la autora: "La orientación revolucionaria de la antipsiquiatría participa, no obstante, de una utopía. Creer que con la libertad no habrá más locura es falso. Hay, pues, una cierta ingenuidad en pensar que la revolución permitirá abrir los asilos al igual que las prisiones; y prosigue, "Todas las locuras no están vinculadas a las mismas estructuras de la sociedad. El problema puede ser social pero no político, en el sentido de que el llamado a la revolución permitirá resolver cuestiones planteadas por la locura"⁶⁰. En realidad, ciertas críticas de la autora a la antipsiquiatría, válidas para algunos de sus representantes son, por lo mismo, sobregeneralizadoras. Lo que sin embargo es patente en M. Mannoni es la inespecificidad que en ella adquieren los conceptos de social y político, lo que queda claro cuando afirma que "El motivo por el cual las investigaciones y las innovaciones teóricas o clínicas son tan difíciles de promover se encuentra en última instancia, en esos prejuicios existentes tanto a nivel policial como administrativo, e incluso político... El problema, sin embargo no es específicamente político... Lo que se cuestiona es la mentalidad colectiva ante la locura"⁶¹. Se ve aquí también otra diferencia ya que, para la escuela

italiana, por ejemplo, el problema pasa por todos estos niveles pero las modificaciones en la práctica psiquiátrica dependen, en "última instancia", como dice M. Mannoni, de una demanda de la base económica de la sociedad.

Ahora bien, ¿es posible introducir el psicoanálisis en estas circunstancias? El problema, como lo concibe la autora, comienza porque la institución psiquiátrica, con su práctica segregante, opresiva, etc., "...deja muy poco juego a la expresión dinámica de los conflictos"⁶², y muy al contrario de eso la psiquiatría más bien se encarga de reducir todo el comportamiento del sujeto a su psicopatología, medicalizando de inmediato todas sus reacciones. La institución psiquiátrica es una gran esponja que todo lo absorbe, "Todo lo que se inscribe dentro del marco del asilo, permite la supervivencia de éste, pero no su reforma... Las innovaciones psiquiátricas no introducen de hecho ninguna ruptura radical con una tradición de internación. Al internado se le impone el requisito previo de aceptarse (o negarse) como 'enfermo', de modo que a partir de ello sus actividades, su decir y su obrar se reubican en el discurso de la institución"⁶³. Lo que aquí ataca la autora es la opresión renovada de las ideologías humanistas en las reformas de los hospitales psiquiátricos. El problema específico con que se enfrenta Mannoni es el de la introducción del psicoanálisis en la institución, es decir, "...a la dificultad con que se tropieza cuando se pretende introducir una institución psicoanalista en una institución social. Esta superposición de los dos encuadres sólo puede lograrse con buen éxito si el encuadre de la institución psicoanalítica (necesariamente inerte) puede introducirse en un medio institucional lo suficientemente flexible como para tolerar las brechas que el paciente se esforzará por introducir en el encuadre institucional"⁶⁴; o sea, que hay una necesidad de conservar íntegro el encuadre psicoanalítico a la vez que se abren espacios en la institución psiquiátrica, de forma tal que "La preocupación que anima a los autores es la de llegar a introducir posibilidades técnicas para que el discurso que se da en la institución no permanezca cerrado en una situación imaginaria sin salida y para que pueda, en consecuencia, producir efectos significantes- Estudian estos autores a la institución como un lenguaje que es preciso descifrar, según las leyes de la lingüística"⁶⁵.

Independiente de qué significa esto de que la institución es un lenguaje, el intento de lograr espacios institucionales donde afloren los conflictos dinámicos, donde haya lugar para el habla del paciente, etc., no ha tenido, en la práctica, buenos resultados. Sólo se acepta el psicoanálisis esterilizada en la lógica manicomial, "De otra manera, no hay lugar para la introducción de una institución psicoanalítica en una institución asilar. En un lugar de tipo carcelario, nada tiene que hacer una institución que se proponga liberar una palabra... El trabajo analítico se torna entonces imposible en una situación en la cual la constante se revela como una constante punitiva. No existe ningún tipo de contrato;"⁶⁶. En efecto, la posición de M.Mannoni es un intento desesperado por encontrar espacios en la institución para ejercer el psicoanálisis en su encuadre ortodoxo, pero, al final, no logra encontrar dichos espacios en la institución pública, y es así que afirma que "...el psicoanalista (como el antipsiquiatra) es consciente de la gravedad del problema que plantea la psiquiatrización, pero desde el momento en que se compromete en una acción en el sector público, abdica su punto de vista de analista. Cuando hace carrera en este sector se transforma en superpsiquiatra y reserva sus cualidades de analista sólo para su práctica privada"⁶⁷. Esa sería realmente la diferencia de la posición de M.Mannoni que la acerca mucho más a Szasz - quien, como se recordará, enfatiza su crítica en la ausencia de un contrato liberal en las instituciones olvidando que los determinantes sociales también están presentes en la práctica privada operando así una ruptura de lo público privado sin fundamentación teórica consistente - que a Basaglia para quien las instituciones son esclerosadas y las modificaciones que se cristalizan en nuevas ideologías se convierten finalmente en opresivas, pero no se considera que fuera de la institución se puede realizar una práctica privada supuestamente curativa y no opresiva, sino que parte de su trabajo consiste en forzar los límites impuestos por las estructuras manicomiales denunciando así la ideología y las condiciones de base que determinan estos límites.⁶⁸

En resumen, para M.Mannoni la institución psiquiatra niega, incluso para el psicoanálisis, las posibilidades de cura efectiva. El proceso de rehabilitación queda también vedado debido,

entre otras cosas, a la lógica de rendimiento de las sociedades capitalistas, y afirma, "En Francia, el problema que plantean el retardo y la locura está vinculado a las estructuras de una sociedad mecanizada que está dispuesta a defenderse contra la asimilación de los que no satisfacen sus criterios de rendimiento. Sería preciso dedicarse a desperfectonar la sociedad, es decir, a reencontrar las formas arcaicas según las cuales el retardado o loco tenía su lugar en la aldea"⁶⁹.

Sin pretender ser extensivos en esta materia, es importante señalar nada más que son posibles otros tipos de convergencia entre el psicoanálisis y la antipsiquiatría, aunque no sean tan aceptados y difundidos como la posición de M. Mannoni. Así, para citar únicamente un ejemplo, Félix Guattari, ante los mismos problemas de ampliación del control social por la Psiquiatría, Psicología, Psicoanálisis, ante el problema de la institución del psicoanálisis, etc., propone más bien una ampliación del concepto de inconsciente que agrupe dentro de sí a la política, y "Así, la nueva definición del inconsciente habrá de responder a problemas reales políticos y sociales a los que nos enfrentamos todos"⁷⁰, y más adelante agrega que "Necesitamos un inconsciente que nos permita comprender no solamente lo que sucede a nivel de individuos aislados, sino colectivamente"⁷¹, dando muestras de muy poca ortodoxia freudiana (lo contrario de M. Mannoni), y dice también: "El camino real de lo inconsciente no pasa por lo imaginario, pasa por la práctica real social, individual o colectiva, que puede poner en juego a multitudes enteras"⁷². No se pretende agotar aquí esta cuestión, sino únicamente no dejar una falsa idea de que la posición que se ha escogido preferentemente para analizar, por su profundida, interés y divulgación, es la única posible unión psicoanálisis-antipsiquiatría.

Aunque brevemente la posición de Roger Gentis merece ser comentada no sólo por sus planteamientos, algo cercanos a los de Laing, sino también porque representa la crítica de un autor que estuvo vinculado al movimiento francés de reforma psiquiátrica de la post-guerra, radicalizando a partir de ahí sus planteamientos, o sea, que su denuncia no es sobre un hospital tradicional como el de Goffman sino que se basa en un hospital que ha sido objeto de un gran cambio. Todo su libro, en realidad casi un

panfleto, traduce, como dice Castel, "La decepción de un profesional que se da cuenta de que los esfuerzos de reforma del sistema no han tocado en lo esencial, cualitativamente hablando, la condición social del enfermo mental"⁷³. Gentis denuncia una serie de elementos importantes, como la falsedad de un sistema carcelario de protección contra la peligrosidad del loco, y una especie de racismo psiquiátrico presente en la misma población que sólo quiere al loco lejos de sí misma⁷⁴.

La denuncia principal del libro, no obstante, se centra en la "pseudoautonomía del establecimiento terapéutico, tanto a nivel de la organización hospitalaria propiamente dicha como respecto de saber psiquiátrico que se convierte en garantía de las prácticas que en ella se desarrollan"⁷⁵. En efecto, el funcionamiento del hospital está basado en prácticas que tienen por fin el "adecuado" funcionamiento del hospital sin tener en cuenta las necesidades reales del paciente; el criterio de la enfermedad todo lo absorbe, dando por hecho de que hay una separación tajante entre los que están dentro y fuera del manicomio y que nada hay en común entre el que cuida y el paciente⁷⁶. El resultado final es que para el ex-paciente ya no habrá ninguna posibilidad de reintegración debido al estigma con que carga. Así, Gentis afirma tajantemente que "Uno se equivoca de pies a cabeza si piensa que el hospital está hecho para curar; esto no es más que fachada, vitrina, compromiso social"⁷⁷. Otro elemento que incide directamente en el tratamiento, o en su ausencia, es la presencia o carencia de poder por parte del paciente, lo que ya se ha comentado con anterioridad. En segundo lugar el saber psiquiátrico está basado en una división tajante entre los médicos y todo el personal restante del hospital, pero el primero es portador de un saber totalmente burocratizado y quién en verdad entra en contacto directo con el paciente es el personal sub-alterno supuestamente ignorante e incapacitado.⁷⁸

2.5.2. Evaluación de la escuela italiana,

Se ha visto ya puntos de confluencia entre las diversas tendencias de la antipsiquiatría en general y entre ésta y la escuela italiana que se utilizó como marco referencial. Es importante preguntar ahora cuáles son, en realidad, las aportaciones originales de Basaglia y sus colaboradores y dejar señalado algunas de sus limitaciones.

En primer lugar hay, por parte de esta tendencia, un intento de trabajar sobre las dos facetas de la psiquiatría, a saber, el enfermo en tanto que problema psicopatológico y en tanto que excluido y estigmatizado; se trata de enfocar el problema hacia la psiquiatría en tanto que contradicción. Si bien es cierto que no se ha logrado una verdadera teoría que explique el status psicopatológico del enfermo y se enfatiza más los aspectos sociales de éste, se logra demostrar que estas determinaciones no-médicas dan cuenta, tratándose del enfermo institucionalizado, de casi todo su estatuto⁷⁸. No es que los factores extra-médicos no estén presentes en las otras formas que asume la práctica psiquiátrica - la mutualista y la privada- pero es cierto que necesitan un análisis propio que averigüe cuales son sus determinantes particulares.

Lo cierto es que la mayoría de los trabajos de esta tendencia han sido enfocados hacia la asistencia pública institucional y es ahí donde más han influido; uno de sus mejores representantes, en un intento de evaluación, dice: "La 'nueva psiquiatría' italiana no ha dado lugar a ninguna revolución psiquiátrica, ni se ha visto inmersa en un proceso revolucionario de tipo político; pero en el transcurso de diez años ha conseguido que la asistencia pública (sobre todo la asistencia psiquiátrica en los centros de internamiento) diera un salto cualitativo realmente extraordinario"⁷⁹.

Si, como se ha visto ya, toda la antipsiquiatría se caracteriza por un cuestionamiento del poder médico sobre el enfermo, se puede decir que el equipo de Basaglia se caracteriza por poner en el centro de sus prácticas la discusión de éste poder, relacionándolo "... con las otras relaciones de poder que habían contribuido en el exterior del hospital a determinar la segregación de un individuo como enfermo mental"⁸⁰. En efecto, la tarea que

como psiquiatras se imponen los italianos, no es solamente una dilucidación de los mecanismos internos a la institución que estarían frenando un adecuado relacionamiento con los enfermos, lo que desembocaría en propuestas más o menos reformistas de la institución, sino que hay un paso más en el sentido de desenmascarar la pseudoautonomía del hospital.

Ahora bien, el descubrimiento de las relaciones exteriores de poder que condicionan la práctica psiquiátrica no es concebido como un ejercicio intelectual del psiquiatra, sino que tiene que incorporar al enfermo en este trabajo ya que "Si la situación del enfermo mental es fundamentalmente el producto de una violencia social, el objetivo de la actividad terapéutica debe apuntar en última instancia al descubrimiento por parte del enfermo de la naturaleza de esta violencia"⁸¹. Hay aquí un aporte fundamental en el sentido de tomar explícitamente las determinaciones que sólo figuran implícitamente en el seno de la psiquiatría, concientizando al paciente de la exclusión y de la opresión de que fue objeto en la sociedad y de que es objeto en el manicomio. Para Basaglia es así como el trabajo psiquiátrico se hace político: "En este sentido y en esta óptica es como el trabajo del técnico en estas instituciones de la violencia, se revela y actualiza como explícitamente político, uniendo la especificidad particular de su acción a la estructura social de la que la institución forma parte y descubriendo prácticamente sus conexiones e implicaciones"⁸². Se une así la posibilidad de recuperación con la crítica social y política, aclarando la manipulación se hace crítica de la ciencia que manipula, de forma tal que las propuestas técnicas de la escuela italiana se hacen inseparables de sus propuestas políticas⁸³.

La antipsiquiatría italiana retoma y lleva hasta sus límites la experiencia inglesa de las comunidades terapéuticas, promoviendo la discusión entre todos los sectores que participan en la vida del hospital, teniendo como centro, a partir del cual se expande, el problema del enfermo mental en tanto que excluido social. La propuesta de Basaglia, su originalidad, es el trabajo dentro del mismo ambiente patógeno de la institución utilizando a la misma psiquiatría, opresiva y mistificadora en su contexto, como elemento de concientización. "La única solución válida para el

psiquiatra será -dice Basaglia- en lugar de tender hacia soluciones ficticias, hacer tomar conciencia de la situación global en la que vivimos, actuando todos a la vez como excluidos y excluyentes", y agrega, "Actuar en el interior de una institución de la violencia más o menos camuflada, significa rechazar el ordenamiento social, realizando en el plano de la práctica, y de forma dialéctica, esta negación: negar el acto terapéutico como acto de violencia mistificadora, con el fin de unir nuestra toma de conciencia de ser simples concesionarios de la violencia (y, por lo tanto, excluidos), a la toma de conciencia, que debemos estimular en los excluidos, de su situación como tales; siempre evitando cualquier cosa que pueda conducirles a instalarse en su exclusión"⁸⁴.

¿Significa todo lo anterior reducir la psiquiatría a la política, al psiquiatra por el líder de masas, la enfermedad mental por las contradicciones sociales? Se malinterpreta si se juzga a la antipsiquiatría italiana de esta forma. No sólo lo demuestra su práctica como los mismos textos de estos autores. Para Basaglia "La psiquiatría es, pues, la única manera -en su doble papel médico y social- de informar al enfermo de la naturaleza de la enfermedad, y de lo que ha hecho la sociedad al excluirle: sólo tomando conciencia de haber sido excluido y rechazado podrá, el enfermo mental, rehabilitarse del estado de institucionalización en que se le ha sumido..."⁸⁵. Pero si el problema es llevado desde el enfermo mental a las contradicciones sociales que determinan su estado, si la enfermedad mental es llevada a la exclusión y estigmatización, etc., es claro entonces que para ser congruentes con esta línea el lugar de intervención del psiquiatra debe cambiar también. En este sentido cobra perspectiva real la psiquiatría en la comunidad, no para propiciar un proceso de psiquiatrización sino que para denunciar y cambiar las formas de opresión. Basaglia dice que "Aquello que debe cambiar para poder transformar prácticamente las instituciones y los servicios psiquiátricos (como todas las otras instituciones sociales), es la relación entre ciudadano y sociedad, en la cual se inserta la relación entre salud y enfermedad"⁸⁶, y en el mismo sentido dice al revalorar su propia práctica que "Estos hechos -es decir su trabajo en Italia- son importantes porque sirven, no para crear nuevos modelos terapéuticos, es cierto, pero sí para determinar una nueva conciencia

de clase en el interior de la población"⁸⁷.

Esta preocupación continúa por la estrecha vinculación de los problemas del hospital psiquiátrico con la sociedad, la participación efectiva del "loco" en la vida social es uno de los puntos cardinales de la escuela italiana que propicia un cambio en el estereotipo que la sociedad tiene del loco, y esto se logra en la medida en que se procura contemplar el trinomio conformado por la psicopatología, la institución asilar y la sociedad global. Como dice Menéndez, "El planteo radical de Basaglia reside en la intervención conjunta, o por lo menos en el intento de intervención sobre la enfermedad, el sistema institucional y la sociedad global. Desde esta perspectiva su acción se diferencia de otros planteos que reducen su acción a microgrupos contruidos (antipsiquiatría) o a otros que reducen su acción al contexto relacional (Palo Alto)"⁸⁸.

Se toca aquí el que sería el punto nodular de esta evaluación. Para Castel "...el interés principal de la corriente antipsiquiátrica italiana está en la radicalización de ciertas tendencias de la reflexión psiquiátrica y psicoanalítica moderna...La reinterpretación psiquiátrica de la corriente fenomenológica, el psicoanálisis, el análisis de los medios concretos en la línea de Sullivan y de los teóricos de grupos, el interés dirigido hoy día, hacia las 'familias patógenas', etc., son otras tantas tentativas en este sentido. Pero, todas ellas se caracterizan por una común censura de los determinismos objetivos y políticos que pesan sobre la organización de la medicina mental como si se pararan, por timidez intelectual y/o política, en el momento de franquear el umbral que separa lo médico de lo social"⁸⁹.

Pero ¿por qué esta radicalización que lleva a los italianos a franquear el umbral médico hasta llegar a lo social cuestionándolo ha sido posible en este caso y no en los anteriores revisados? Según uno de sus protagonistas "En Italia, la 'psiquiatría en la oposición' ha tenido una doble característica. Por una parte, se ha desarrollado en un país caracterizado por un fuerte atraso administrativo y organizativo en el campo de los servicios públicos (así como por un específico atraso científico-natural) ; por otra, ha estado más decididamente politizado que en Francia, Inglaterra o los Estados Unidos"⁹⁰. Ya se ha comentado el signifi

cado que adquieren los intentos de modificación psiquiátricos cuando no van acordes con demandas de la base estructural en el mismo sentido. Es también importante el momento del nacimiento de esta corriente para su politización. Como el mismo Jervis dice en otro texto, "Es sabido que la renovación de la asistencia psiquiátrica pública iniciada en Gran Bretaña y Francia durante los años cincuenta se llevó a cabo en nombre de la humanidad, la ciencia, el progreso y el interés público, sin ningún matiz político especial. En Italia, en cambio, dicha renovación se realizó a lo largo de los años sesenta y setenta con una orientación política explícita e inequívocamente de izquierda"⁹¹.

Son sobre estas bases que se asientan los aspectos característicos de la práctica italiana, que ha tenido por fin el incorporar amplios sectores de la sociedad a la denuncia de la psiquiatría. Según Jervis: "A diferencia de lo que ocurre en los países anglosajones (y en parte en Francia y Alemania), la joven psiquiatría de 'izquierda' italiana no ha pretendido la constitución de pequeñas 'contrainstituciones' autónomas. La línea predominante en Italia ha sido la de luchar para que de las fábricas, de la población de los barrios obreros, de los trabajadores sanitarios, surgiesen luchas políticas de masas capaces de producir también consignas avanzadas y esfuerzos concretos en contra del poder psiquiátrico dominante y en favor de una gestión 'alternativa' de los problemas del bienestar y la salud. En este aspecto reside, por una parte, el específico valor y superioridad de las experiencias italianas respecto a las de los restantes países; pero también, por otra parte, uno de los motivos de posible compromiso entre las exigencias innovadoras 'de ruptura' y las meramente reformistas"⁹².

Se puede, para finalizar esta evaluación de los logros de la escuela italiana, hacer una referencia a Menéndez, quien dice: "Es aquí justamente donde la 'nueva' práctica psiquiátrica italiana plantea una posibilidad que lleva a sus límites la contradicción básica que opera en dicha práctica. Esta psiquiatría asume su funcionamiento cuestionando el poder, pero a partir de una determinada participación (directa o indirecta) en él. Esta psiquiatría, que asume el poder como generador de 'desviación', 'etiquetamiento' y 'enfermedad', así como de las prácticas 'curadoras';

lo asume también como el límite de la propia práctica. En consecuencia la psiquiatría italiana, pese a su debilidad técnica, dió 'un salto hacia adelante' en la captación del fenómeno total que supone la locura y la 'cura', para también establecer con la mayor claridad alcanzada hasta ahora los límites inevitables de toda práctica psiquiátrica en la medida que pretenda permanecer como tal, y centrada en la curación"⁹³. Esto significa, básicamente, que la práctica italiana no se plantea como el fin de la contradicción psiquiátrica, como una nueva técnica que lograría, por fin, establecerse sobre lo curativo y erradicar de sí todas las otras funciones ya mencionadas; esta práctica procura asumir la cura, la rehabilitación, como elemento fundamental pero denunciando y llevando a los límites todas las funciones jurídicas, políticas, sociales, administrativas y productivas de la psiquiatría.

Resta ahora plantear algunas de las críticas que se han hecho a la antipsiquiatría en general, y más específicamente a la escuela italiana, sin pretender ser extensivos en esta materia.

Respecto a la antipsiquiatría en general Jorge L. Tizón ha planteado una serie de interrogantes de una profunda significación epistemológica. En primer lugar este autor plantea que muchas de las posiciones de la antipsiquiatría ya habían sido adelantadas por el psicoanálisis⁹⁴; sin entrar a discutir los méritos propios del psicoanálisis se puede ver, en efecto, que desde las primeras obras de Freud hay un intento de recuperar el nivel propio de análisis de lo psíquico y la conformación de una teoría de la motivación que se oponía, en cierta forma, al análisis medicalista de los psiquiatras. Pero, como lo expresa Szasz en forma algo visceral, no hay por parte del psicoanálisis una diferenciación entre enfermos voluntarios e involuntarios y lo que esto significa en la dinámica del sujeto como lo expresa Goffman. Además de que, como lo analiza M. Mannoni, el psicoanálisis de por sí no significa necesariamente una subversión en la lógica manicomial sino que más bien se ha dado su absorción por esta última. En realidad parecen ser más importantes las críticas que Tizón hace a la antipsiquiatría en términos de su parcialidad, a saber:

A- "Parcialidad al enfocar la psicopatología desde el punto de vista social casi exclusivamente- A fuerza de hablar de explotación, autoritarismo, existencia, comportamiento, experiencia...

muchas veces los antipsiquiatras parecen olvidar un dato irreducible; lo inconsciente y su papel en la vida cotidiana de 'pacientes' y 'no pacientes'"⁹⁵. En efecto no se ha logrado, en términos generales, ni una nueva psicopatología, ni un adecuado término medio entre los determinantes sociales y psicopatológicos del enfermo (aunque habría de ver separadamente los intentos por lograrlo en cada una de las corrientes antipsiquiatras), ni se ha valorado adecuadamente la contribución del psicoanálisis en este sentido. Lo único que queda por decir es que, en primer lugar el inconsciente no es ni acriticable ni rígido (Guatari), y, en segundo lugar, hay que ver el peso del inconsciente en las instituciones manicomiales donde lo que está en juego es la situación misma de opresión y no únicamente la forma como ésta es vivenciada por el enfermo.

B- "Parcialidad en su rechazo casi en bloque (más teórico que práctico, que todo hay que decirlo), del arsenal psicofarmacológico contemporáneo"⁹⁶. Este rechazo tiene lugar debido a la crítica de la medicalización de la locura por parte de la antipsiquiatría. Aunque en la práctica la escuela italiana los usa, como lo dice Tizón, se le critica a la psicofarmacología su carácter sintomático y en tanto que los psicofármacos tienden a ser usados por la psiquiatría con fines de facilidad para la organización y para comodidad del personal.

C- "Parcialidad por su olvido de las neurosis y de la asistencia psiquiátrica y psicológica extra-psicótica y extra-institucional". Gran parte de los escritos y posiciones antipsiquiátricas están basadas exclusivamente en el estudio de la psiquiatría de las psicosis, de la psiquiatría manicomial clásica (y clásicamente manicomial)"⁹⁷. Como el mismo Tizón lo aclara, esta crítica sólo es válida en la medida en que se hacen generalizaciones abusivas a otros ámbitos de la asistencia y práctica psiquiátrica. Por otro lado, parece que la solución de llevar la práctica psiquiátrica sólo en términos de un contrato liberal-privado mutuamente aceptado por ambas partes no significa la desaparición de las contradicciones de la psiquiatría ni su delimitación hacia las funciones curativas. Es decir, que si bien la antipsiquiatría ha partido, por lo general, de condiciones límites -que no obstante son condiciones muy extendidas en varios países- esto no significa que aque--

llos que llevan a cabo un otro tipo de práctica, como la de consultorio privado recibiendo básicamente a neuróticos, se deban dar por desentendidos. Un estudio que parta de las condiciones específicas y diferentes de las manicomiales no sólo es posible como ampliamente deseable y necesario.

D- "Parcialidad en su concepción de la 'locura'"- En resumen: ver en un esquizofrénico un genio es algo tan parcial (y absurdamente ideológico) como ver en dichos pacientes seres que necesitan ser separados de la sociedad"⁹⁸. Las simplificaciones groseras, si por un lado pueden ayudar al pensamiento mistificador no facilita, por el otro, la comprensión de la realidad. Se está de acuerdo con Tizón en que a veces se ha tendido más a la apología que al análisis de lo real.

C- "Parcialidad en el enfoque del proceso de la enfermedad (y su génesis)"- Es cierto que el trastorno mental está sumamente ligado e influenciado por la situación familiar y social. Pero de aquí a postular una causalidad lineal, como a veces casi han llegado a postular determinados antipsiquiatras, hay un salto inadmisibles desde el punto de vista científico"⁹⁹. En realidad se ve que se está lejos de haber logrado, bajo cualquiera de los aspectos psicológicos, sociales, psicofisiológicos, etc., una concepción clara y unificada de la génesis de las enfermedades mentales. Para algunos casos parece acertada la crítica de Tizón.

Especificando más el problema para la escuela italiana se puede proponer otras críticas. G. Jervis, en dos de sus últimos textos ha tratado de hacer una evaluación de su trabajo en Gorizia y en Reggio Emilia que vale la pena rescatar y seguir aquí. En primer lugar Jervis señala el hecho de que las experiencias de la antipsiquiatría, o psiquiatría alternativa como gusta llamar el autor, son bastante limitadas y su incidencia social y política directa es sólo marginal¹⁰⁰. Por otro lado, estas experiencias, sobre todo en el caso de Italia, se ven llevadas a cabo o terminadas por un sinnúmero de problemas conyunturales políticos (como por ejemplo, la ayuda o no de un administrador, la participación mayor o menor de grupos de izquierda en la comunidad, etc.); en las mismas palabras de Jervis, "Todas las experiencias psiquiátricas 'alternativas' son únicamente experiencias más avanzadas, que si son llevadas correctamente y si la situación es favorable pueden ofrecer en ocasiones, durante un período determinado, una con

tribución útil y correcta tanto a las luchas políticas de masas, como a una más clara toma de conciencia de las contradicciones de la sociedad en estudiantes, operadores, administradores, sindicalistas, cuadros políticos y meros ciudadanos"¹⁰¹.

En realidad, todas estas experiencias en la medida en que cuestionan la política del Estado y uno de sus instrumentos encuentra sus límites de actuación, y, concluye en forma algo pesimista Jervis que "...en último término, una psiquiatría 'alternativa' y 'en contra del sistema' nunca ha existido. En nuestra sociedad, la psiquiatría es y seguirá siendo, mientras la sociedad esté dividida en clases, uno de los instrumentos de represión y de integración de que dispone el Estado, y por lo tanto la clase en el poder, para administrar sus privilegios. El Estado no puede renunciar a ello... De momento, las cosas no pueden ser diferentes. La psiquiatría no podrá ser restituida a una función únicamente terapéutica, es decir, no podrá ser 'liberada' a no ser en una sociedad sin clases"¹⁰². Estas serían entonces las limitaciones sociales y políticas de la antipsiquiatría en general y de la práctica italiana en particular ya que, como se ha visto, esta se da a partir de una posición compartida de poder. Todo lo anterior es especialmente importante en el caso italiano porque la función político-ideológica de su práctica es especialmente resaltada y una de sus estrategias es llegar a los límites del sistema.¹⁰³

Desde el punto de vista epistemológico, Jervis ha señalado, al principio mismo de la experiencia italiana, que se hizo pública con la publicación de "La Institución Negada", que la negación implica una importante limitación ya que "...al enseñar lo que no hay que hacer, no prescribe nada en particular; La psiquiatría moderna ha llegado a negarse a sí misma, pero no dice al psiquiatra como debe actuar para renunciar a su mandato"¹⁰⁴. Ahora bien, si es cierto que a medida en que la experiencia en Gorizia se prosiguió y se extendió a Trieste, Reggio Emilia y otros lugares de Italia, nuevos elementos se integraron a esta concepción y a la claridad del problema, en el sentido de cómo actuar aunque se ha seguido siendo "anti", lo que en la realidad de muchos de nuestros países no es nada despreciable.

En la búsqueda de la autocrítica el mismo Jervis señala otros elementos importantes cuando dice: "...en Italia la reforma psiquiátrica se ha llevado a cabo con una orientación socio-

asistencial (no terapéutica), empírica, con frecuencia espontaneísta, a veces ingenua, excesivamente anti-técnica, concediendo escasa importancia a la cuestión de la terapia. El problema psiquiátrico, reducido de manera burda e ingenuamente mecanicista a un problema social, era considerado como algo que podía resolverse exclusivamente con buena voluntad, con un planteamiento político de izquierda, con la participación de todos en la asistencia a las personas necesitadas de ayuda., "105, y agrega un poco más adelante en el mismo texto que "Actualmente ya no es posible seguir dejando de lado la cuestión de la terapia ni la problemática teórica y cultural relacionada con ella; concretamente no se puede diferir por más tiempo la confrontación con la teoría y la práctica psicoanalíticas: hoy vemos que el rechazo demasiado rígido del psicoanálisis por parte de la 'nueva psiquiatría' (y quien escribe tiene en ello su parte de culpa) no ha beneficiado ciertamente a ninguno de los dos"106. Elementos importantísimos han sido realizados, y que se pueden resumir diciendo que se ha carecido de un más profundo anclaje teórico y una mejor atención respecto a la práctica terapéutica en general, incluyendo al psicoanálisis.

Críticas parecidas son las que hace Menéndez, quien afirma que la obra de Basaglia no logra formular una adecuada etiología de la enfermedad o del proceso de etiquetamiento107, no profundiza en la teorización de la locura sino que más bien la reduce a ciertos sectores (vease más adelante), lo que constituye cierto esquematismo y que raya la ideología. Otra crítica importante que hace este autor es en el sentido de que "Uno de los problemas que se constituye a partir de la interpretación tanto de la teoría del etiquetamiento, como de algunas de las corrientes denominadas 'antipsiquiátricas', es el de distinguir la 'locura' en su especificidad dentro del contexto global del etiquetamiento"108, o sea, si hay alguna especificidad en la locura que la separe de las otras conductas desviadas y que sufran también el proceso de etiquetamiento que se constituye como un amplio fenómeno social. Se ha visto ya que la escuela italiana no niega la existencia de la enfermedad mental, pero según Menéndez, tampoco logra mostrar en qué consistiría su especificidad. Al analizar la obra de G. Jervis ("Manual Crítico de Psiquiatría"), Menéndez llega a la conclusión de la "...debilidad e inconsistencia de un texto que trata

de demostrar la especificidad de la locura, intentando superar los planteos que la niegan o la incluyen difusamente, para demostrar en todo su discurso justamente lo contrario de lo que pretende negar. Es decir, tanto su crítica como sus descripciones de las situaciones de locura, evidencian, por encima de sus propios objetivos, la 'inespecificidad' de la misma,¹⁰⁹ o sea, que se regresaría aquí a la falta de una mayor consistencia y/u originalidad en el tratamiento de la psicopatología. Esto lleva a una última crítica que hace Menéndez en el sentido de que la acción de la cura se plantea como una acción social, y se secundariza, se deja de precisar, se hace difuso el problema de las técnicas terapéuticas, considerándose toda enfermedad mental como un proceso relacional, y así, dice Menéndez, "Este enfoque supone dejar de lado los planteos genéticos y la dimensión inconsciente y centrarse en una causalidad situacional"¹¹⁰.

Es particularmente importante revisar, para concluir, algunos de los comentarios que este mismo autor, Menéndez, hace respecto a las tesis de rehabilitación que formula Basaglia. El aspecto central de su crítica es que si bien la relación rehabilitación-disponibilidad de mano de obra, es real y explicaría ciertos fenómenos de marginación, esta hipótesis deja de lado el problema de la enfermedad mental y su relación con los trabajadores ocupados, es decir, los trastornos mentales generados en el seno mismo de la producción capitalista. Dice Menéndez: "Indudablemente podemos establecer estas relaciones más o menos estructurales (las que plantea Basaglia en su tesis); más aún, podemos decir que su interpretación daría cuenta parcial de determinados fenómenos de marginalidad en América Latina. Pero esta conceptualización no parece explicar otros fenómenos de enfermedad mental relacionados justamente con la estructura productiva: ¿cómo explicar el desarrollo de la enfermedad mental en los trabajadores ocupados?... ¿o es que, entonces, habría que distinguir dos tipos de enfermedad mental, la de los etiquetados como tal (no trabajan, o mejor dicho, no pueden ser integrados al proceso productivo), y la de los que sí trabajan?"¹¹¹, es decir, que Basaglia opera una reducción de la locura hacia ciertos sectores lo que podría llevar a suponer, porque lo contrario no está explícito en su teoría, que quien trabaja está necesariamente sano, dejando de lado, aunque se bus-

que partir del proceso productivo, la relación teórica entre trabajo y alienación social y mental ¹¹².

Así, concluye Menéndez que "Esto que estamos señalando no niega que las formulaciones de Basaglia expliquen parcialmente algunos de los problemas más graves y visibles; lo que señalamos son las limitaciones teóricas del propio núcleo de su teoría y la no consideración de amplias áreas de 'enfermedad mental' "¹¹³, y no que Basaglia no tenga presentes estos problemas sino que estos no aparecen integrados a su marco teórico. Estas críticas, es importante repetirlo, no anula la tesis de Basaglia - el mismo Menéndez la usa explícitamente para explicar el impulso que el Estado inglés dió a la recuperación de los enfermos mentales en la postguerra- sino que procuran incorporar nuevos elementos a ella. En resumen la propuesta de Menéndez es de que se consideren a las funciones de cura y rehabilitación como funciones productivas de la psiquiatría, y afirma: "...si nos planteamos la función productiva de estas prácticas (las psiquiátricas) las mismas pueden percibirse desde dos dimensiones; una que apunta a señalar la autorreproducción de esta práctica profesional, y otra que la señala incidiendo en el proceso productivo global. La rehabilitación del trabajador, ya sea de una enfermedad ocupacional o de un conflicto va cobrando importancia en la medida en que éstos van convirtiéndose en problemas de mayor incidencia en la producción. Pero, además, el criterio productivo emerge -tanto en la sanción social como en la psiquiátrica- como un indicador de salud o, por lo menos, de 'mejoría' y esto tanto para los sectores productivos como los no productivos"¹¹⁴.

Se puede, por último, concluir esta pequeña evaluación de la escuela italiana tomando a G.Jervis quien dice: "En definitiva, Italia no tiene ningún 'modelo' por ofrecer; pero sí, por su puesto, una experiencia...No soy el único que piensa que la 'nueva psiquiatría' italiana ha llegado al final de su ciclo: tal vez durante algún tiempo tengamos que dedicarnos sobre todo a estudiar. Pero me parece indudable que hemos protagonizado un fenómeno positivo e importante"¹¹⁵.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DE LA PRIMERA PARTE.

1- Introducción: Psiquiatría y rehabilitación, aproximación y definiciones.

1- Cfr. A.M.Freedman, H.I.Kaplan y B.J.Sadock, Compendio de Psiquiatría, Barcelona: Ed. Savat, 1977, pp. IX-X. Cfr. también C.Castilla del Pino, Vieja y Nueva Psiquiatría, Madrid: Alianza Editorial, 1978, p.21 y, sobre el psicoanálisis la p.99.

2- C.Castilla del Pino, Introducción a la Psiquiatría, Madrid: Alianza Editorial, 1978, p.17.

3- J.A.Brussel y G.L.Ontzlaar, Diccionario de Psiquiatría, México: Compañía Editorial Continental, 1972, p.226.

5- W.Mayer-Gross, E.Slater y H.Roth, Psiquiatría Clínica, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1974, Vol.I, p.15.

4- P.Solomon y V.D.Patch, Manual de Psiquiatría, México: El Manual Médico, 1976, pp. 2 y 3.

6- Ibíd, p.22. Aménos que se diga lo contrario todos los subrayados que aparecen en las citas son de los respectivos autores.

7- Ibíd, p.23.

8- D.Stafford-Clark, Manual de Psiquiatría Clínica, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1969, p.15.

9- Ibíd, p.16.

10- Ibíd, p.17.

11- P.Pancheri, Manual de Psiquiatría Clínica, México: Editorial Trillas, 1979, p.17.

12- Ibíd, p.17.

13- Ibíd, p.18.

14- H.Ey, P.Bernard y Ch.Brisset, Tratado de Psiquiatría, Barcelona: Editorial Toray-Masson, 1975, p.59.

15- Ibíd, p.59.

16- C.Castilla del Pino, Introducción a la Psiquiatría, Op.Cit., p.17.

17- Ibíd, Cfr. pp. 19, 22, 23 y 35.

18- A.M.Freedman y H.I.Kaplan, Op.Cit., p.198.

19- Ibíd, p.849.

20- *Ibid*, p.214.

21- C.Castilla del Pino, Vieja y Nueva Psiquiatría, Op.Cit., p.29. Cfr. también p.15.

22- W.Mayer-Gross, E.Slater y M.Roth, Op.Cit., p.28.

23- *Ibid*, p.29.

24- M.J.Sainsbury, Introducción a la Psiquiatría, Madrid: Ediciones Morata, 1978, p.127.

25- *Ibid*, p.129.

26- C.Castilla del Pino, Introducción a la Psiquiatría, Op.Cit., p.38. Cfr. también pp.35-37.

27- D.B.Kandel y R.H.Williams, Métodos de Rehabilitación Psiquiátrica, Buenos Aires: Editorial Troquel, 1968, pp.11-12.

28- *Ibid*, p.12.

29- J.A.Brussel y G.L.Cantzlaar, Op.Cit., pp.230-231.

30- L.Montes de Oca y F.Rosete, "Conceptos Generales de Invalidez y Rehabilitación", ponencia del Simposio Grupo de Estudio para la Rehabilitación del Inválido Social en México, México: Subsecretaría de Asistencia, Dirección General de Rehabilitación, agosto de 1976, p.2.

31- *Ibid*, p.2.

32- *Ibid*, p.15.

33- H.Ey, P.Bernard y J.Brisset, Op.Cit., p.1003.

34- M.J.Sainsbury, Op.Cit., p.355.

2.1. Caracterización de la Psiquiatría.

1- En 1929, los surrealistas europeos dirigen un comunicado público denunciando, a su modo, la situación manicomial. En otro sentido E.Menéndez, Cura y Control, La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica, México: Editorial Nueva Imagen, 1979, señala la importancia de los primeros científicos sociales funcionalistas para una visión de conjuntos, no necesariamente crítica, del problema de la desviación.

2- Cfr. R.Castel, "Notas Sobre las Orientaciones Contemporáneas de la Psiquiatría", en F.Basaglia y otros, Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial, Barcelona: Barral Editores, 1975, p.244.

3- F.Basaglia y F.Basaglia Ongaro, "Los Crímenes de la Paz", en F.Basaglia y Otros, Los Crímenes de la Paz, México: Editorial Siglo XXI, 1977, p.15.

4- *Ibíd*, p.15.

5- F.Basaglia, "La Institución de la Violencia", en F. Basaglia y Otros, La Institución Negada, Buenos Aires: Barral Editores, 1976, p.134.

6- Cfr. F.Basaglia Ongaro, "Transformación Institucional y Finalidad Común", en F.Basaglia, La Institución Negada, Op.Cit., p.305.

7- F.Basaglia, "La Institución de la Violencia", Op. Cit., p.145.

8- "Una Entrevista con Franco Basaglia", en F.Basaglia y Otros, Psiquiatría o Ideología de la Locura, Barcelona: Editorial Anagrama, 1972, p.94.

9- G.Jervis y L.Schittar, "Historia y Política en Psiquiatría: Algunas Propuestas para su Estudio", en F.Basaglia y Otros, ¿Qué es la Psiquiatría?, Barcelona: Ediciones Guadarrama, 1976, pp.226-227. Esta afirmación tan radical ha tenido cabida también en otra disciplina, la medicina, a partir de los descubrimientos pausterianos; Cfr. M.Foucault, "La Casa de la Locura", en F.Basaglia y Otros, Los Crímenes de la Paz, Op.Cit., pp.141 y ss. En la página 145, afirma Foucault: "Hipótesis: La crisis fue abierta y apenas se inició la edad de la antipsiquiatría cuando se tuvo la sospecha y muy pronto la certeza de que Charcot producía efectivamente la crisis histórica que él describía".

10- Esquirol, "Memoire sur L'isolement des Aliénés" (1832), en Des Maladies Mentales, París 1838. Citado por R.Castel, "La Contradicción Psiquiátrica", en F.Basaglia y Otros, Los Crímenes de la Paz, Op.Cit., p.153.

11- R.Castel, "La Contradicción Psiquiátrica", Op. Cit., p.155.

12- *Ibíd*, p.156.

13- J.Espinosa, "El Nacimiento de los Manicomios", en F.Basaglia y Otros, Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial, Op.Cit., pp.37-38.

14- "El hecho de que en el siglo XIX el saber psiquiátrico esté inseguro respecto de sus bases quiere decir que posee

sólo una débil autonomía en relación a los demás sistemas de interpretación y, en consecuencia, que es permeable a normas no médicas y disponible para ser interpretado en el cuadro de una síntesis extra-médica con representaciones que no tienen ninguna relación teórica con conocimientos médicamente fundamentados". R.Castel, "El Tratamiento Moral: Terapéutica y Control Social en el Siglo XIX", en F.Basaglia y Otros, Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial, Op.Cit., p.78.

15- Cfr."Una Entrevista con Franco Basaglia", Op.Cit. p.92.

16- R.Castel, "La Contradicción Psiquiátrica", Op.Cit. p.152.

17- "Haber prtido del 'enfermo' o del 'desviado' como normal acción de una práctica centrada en la psiquis, en la personalidad, en el inconsciente individual, en el enfermo, constituyó, en gran medida, una de las limitantes básicas para acceder a una concepción estructural de la 'enfermedad/desviación'". E.Menéndez, Op.Cit., p.147.

18- F.Basaglia, "Rehabilitación y Control Social", en F.Basaglia y Otros, Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial, Op.Cit., p.189. "La esperanza que han puesto los psiquiatras en las terapias somáticas ha servido para distraer su atención del problema de las instituciones psiquiátricas...", en M.Risso, "Presupuesto para una Psicoterapia Institucional", en F.Basaglia y Otros, ¿Qué es la Psiquiatría?, Op.Cit., p.239.

19- G.Jervis, "Crisis de la Psiquiatría y Contradicciones Institucionales", en F.Basaglia y Otros, La Institución Negada, Op.Cit., p.284 .

20- Ibíd, p.283.

21- F.Basaglia, "La Asistencia Psiquiátrica como Problema Anti-Institucional", en F.Basaglia y Otros, ¿Psiquiatría o Ideología de la Locura?, Op.Cit., p.49.

22- G.Jervis, "Crisis de la Psiquiatría y Contradicciones Institucionales", Op.Cit., p.288.

23- "La psiquiatría nació mal. Como producto híbrido que se deriva de la unión entre una anatomopatología neurológica clasificadora y localizadora y una medicina en pleno florecimiento positivista, la psiquiatría ha estado sujeta, desde el princi-

pio, a los esquemas de la neuropatología, por un lado, y al ámbito de la clínica médica, por otro.", en M. Risso, Op.Cit., p.234.

24- G.Jervis, "Crisis de la Psiquiatría y Contradicciones Institucionales", Op.Cit., pp.288-289.

25- *Ibid.*, p.291.

26- M. Risso, Op.Cit., p.327.

27- F. Basaglia, "Apuntes de Psiquiatría Institucional", en F. Basaglia y Otros, ¿Psiquiatría o Ideología de la Locura?, Op.Cit., p.20.

28- F. Basaglia y F. Basaglia Ongaro, "Los Crímenes de la Paz", Op.Cit., p.91.

29- Cfr. F. Basaglia, "La Institucionalización Psiquiátrica de la Violencia", en F. Basaglia y Otros, Razón, Locura y Sociedad, México: Editorial Siglo XXI, 1978, p.29.

30- F. Basaglia, "¿Qué es la Psiquiatría?", en F. Basaglia y Otros, ¿Qué es la Psiquiatría?, Barcelona: Editorial Guadarrama, 1977, p.13.

31- G. Jervis, Manual Crítico de Psiquiatría, Barcelona: Editorial Anagrama, 1977, p.70; Cfr. también pp.69 y ss.

32- R. Castel, "Para una Crítica de la Institución Psiquiátrica", en F. Basaglia y Otros, Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial, Op.Cit., p.133.

33- F. Basaglia, "La Institución de la Violencia", Op.Cit., p.160. Cfr. también G. Jervis, Manual Crítico de Psiquiatría, Op.Cit., p.75 en donde concluye: "La psiquiatría, al no ser capaz de entender la locura, apela a la clasificación de los síntomas y a la transformación de los síntomas en imágenes de enfermedad. Las llamadas enfermedades mentales son, especialmente y en primer lugar, agrupaciones de juicios sobre comportamientos considerados 'típicos' (o sea, agrupaciones de los llamados síntomas psiquiátricos) transformados, por un procedimiento metodológicamente incorrecto, en entidades morbosas, es decir, sucedáneos de 'enfermedades' de tipo físico."

34- Cfr. F. Basaglia, "La Institucionalización Psiquiátrica de la Violencia", Op.Cit., pp-28, 29 y 49.

35- F. Basaglia, "Apuntes de Psiquiatría Institucional", Op.Cit., p.23-

36- F. Basaglia, "¿Qué es la Psiquiatría?", Op.Cit., p.17.

37- F.Basaglia, "La Institución de la Violencia", Op. Cit., p.135.

38- F.Basaglia, "¿Qué es la Psiquiatría?", Op.Cit.,p.14

2.2. Psiquiatría y Sociedad.

1- R.Castel, "Para una Crítica...", Op.Cit., p.145.

2- M.Foucault, La Historia de la Locura en la Epoca Clásica, México: Fondo de Cultura Económica, 1976, Vol.I, p.133 y/s,

3- Ibíd, Cfr. p.116.

4- F.Basaglia, "Rehabilitación y ...", Op.Cit., p.187,

5- F.Basaglia, "Los Crímenes...", Op.Cit., p.81 . Cfr, F.Basaglia, "El Hombre en la Picota", en F.Basaglia y Otros, Psiquiatría, Antipsiquiatría..., Op.Cit., p.159.

6- F.Basaglia y F.Basaglia Ongaro, "Los Crímenes..." Op.Cit., p.83 . Cfr. también F.Basaglia "El Hombre...", Op.Cit., p. 160.

7- F.Basaglia "La Institución de la...", Op.Cit., p.132, A este respecto es muy interesante el descubrimiento que a fines de la década de los treinta hace el psiquiatra Ugo Cerletti del electrochoque, a partir de una visita suya a un matadero de cerdos, en donde justamente se usaba este procedimiento para producir coma epiléptico en los animales y en seguida degollarlos. Inmediatamente se le ocurre a Cerletti, usarlo para pacientes psiquiátricos. Véase T.Szasz, "¿A quién sirve la Psiquiatría?", en F.Basaglia y Otros, Los Crímenes..., Op.Cit., pp.308 y ss.

8- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op.Cit., p.87. Hay dos puntos importantes que comentar, en relación al aumento real o no de las enfermedades mentales y el referente a la existencia o no del proceso de psiquiatrización de los países latinoamericanos. Esto se procurará hacer más adelante.

9- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op. Cit. pp.88-89.

10- F.Basaglia, "Rehabilitación y...", Op.Cit., p.188-

11- F.Basaglia, y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op.Cit. p.89.

- 12- M.Foucault, La Historia..., Op.Cit., pp.107 y ss.
fr. J.Espinosa, Op.Cit., p.38.
- 13- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "La Enfermedad y su Doble",
En la Psiquiatría o Ideología de la Locura?, Op.Cit., p.67.
- 14- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op.Cit.
p.30.
- 15- F.Basaglia, "LA Asistencia Psiquiátrica...", Op.
Cit., p.50.
- 16- R.Castel, "Para una Crítica...", Op.Cit., p.135.
- 17- M.Foucault, "La Casa...", Op.Cit., p.148.
- 19- F.Basaglia, "La Institución...", Op.Cit., p.132.
- 18- M.Foucault, "La Casa...", Op.Cit., p.149.
- 20- G.Jervis y L.Schittar, Op.Cit., p.225.
- 21- Cfr.G.Jervis, "Crisis de la Psiquiatría...", Op.Cit.
p.286-288.
- 22- Cfr. F.Basaglia, "Apuntes de...", Op.Cit., p.21.
- 23- J.Gervis, "Crisis de la Psiquiatría", Op.Cit., p.292.
- 24- F.Basaglia, "La Institución...", Op.Cit., p.137.
- 25- *Ibid*, p.138
-
- Basaglia, "Apuntes de ...", Op.Cit., p.22.
- 28- R.Castel, "Para una Crítica...", Op.Cit., p.132.
- 29- Cfr. G.Jervis, "Crisis de la Psiquiatría...", Op.
Cit., p.283.
- 30- F.Basaglia, "Una Entrevista...", Op.Cit., p.94.
- 31- Cfr. R.Castel, "La Contradicción...", Op.Cit.,
p.161-163.
- 32- F.Basaglia, "La Institución...", Op.Cit., p.159.
- 33- Cfr. F.Basaglia, "La Institucionalización...", Op.
Cit., pp. 33 y 49.
- 34- R.Castel, "Para una Crítica...", Op.Cit., p.132.
- 35- *Ibid*, p.151.
- 36- Cfr. G.Jervis, Manual Crítico..., Op.Cit., pp.110-111.

3. El Hospital Psiquiátrico.

- 1- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op.Cit.
p.15.

- 2- *Ibid.*, Cfr. p.22.
- 3- F.Basaglia, "La Institucionalización...", Op. Cit., pp. 20-21.
- 4- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op. Cit. p.52.
- 5- F.Basaglia Ongaro, "Transformación Institucional..."; Op. Cit., p.305.
- 6- F.Basaglia, "La Libertad Comunitaria como Alternativa a la Regresión Institucional" en F.Basaglia y Otros, ¿Que es la Psiquiatría?, Op. Cit., p.25.
- 7- F.Basaglia, "El Hombre...", Op. Cit., p.163.
- 8- R. Castel, "Para una Crítica...", Op. Cit., p.104.
- 9- *Ibid.*, p.146.
- 10- *Ibid.*, p.146.
- 11- *Ibid.*, p.147.
- 12- *Ibid.*, p.147.
- 13- G.Jervis, Manual Crítico...., Op. Cit., p.115.
- 14- Cfr. Klaus Dorner, Ciudadanos y Locos, Barcelona: Editorial Taurus, 1974. En la nota 1, p.36, dice: "El 'loco pobre', al principio, fue un concepto de la razón administrativa que trataba de ordenar las diferentes clases de irracionalidad. Después señala la inclusión de la cuestión de los locos en la 'cuestión social' y también el factor sentimental de armonización que hay en los movimientos filantrópicos y que es todavía hoy perceptible. Por fin quiere decir este concepto que la psiquiatría como ciencia no nació en ningún sitio a partir de los locos adinerados, perfectamente diferenciables desde siempre, sino desde los locos como masa, es decir, como locos pobres presentes y visibles a la sociedad civil en cuanto tal; ellos fueron el objeto de clasificaciones, de tendencias emancipatorias, y así fueron la ocasión de que se llegase a conceptos científicos de jerarquía y clasificación por comparación de muchos casos particulares".
- 15- G.Jervis, Manual Crítico...., Op. Cit., p. 106.
- 16- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op.Cit., p.98.
- 17- F.Basaglia "La Asistencia Psiquiátrica...", Op.Cit., p.53.
- 18- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op. Cit., p. 53. También Cfr. F. Basaglia, "La Institución..." Op. Cit., p.140.
- 19- G.Jervis, Manual Crítico.... Op. Cit., p.30.

- 20- M.Foucault, "La Casa...", Op. Cit., p.145.
21- Ibid., Cfr. pp.145 y ss.
22- R.Castel, "Para una Crítica...", Op. Cit., pp.140 y ss.
23- R. Castel, "El Tratamiento Moral...", Op. Cit., p.71.
24- R. Castel, "Para una Crítica...", Op. Cit., p.148.
25- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes..."

Op. Cit., p. 19. Cfr. también pp. 80 y 95.

- 26- R.Castel, "Notas sobre...", Op. Cit., p.250.
27- F.Basaglia, "Rehabilitación y...", Op. Cit., p.190.
28- L. Schittar, "La Ideología de la Comunidad Terapéutica", en F. Basaglia y Otros, La Institución Negada, Op.Cit., p.177.
29- Ibid., pp.178-179.
30- Ibid., p.184.
31- Cfr. F. Basaglia, "¿Qué es...?", Op. Cit., pp.22-23.
32- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes..."

Op. Cit., p.40.

- 33- F.Basaglia, "La Institución...", Op.Cit., pp. 156-157.
34- Ibid., p.167.
35- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes..."

Op. Cit., p.47.

2.4. Rehabilitación en Pacientes Psiquiátricos.

- 1- R.Castel, "Para una Crítica...", Op. Cit., p.106.
2- Cfr. F.Basaglia, "El Hombre...", Op. Cit., pp.160-161.
3- Cfr. F.Basaglia, "La Asistencia Psiquiátrica..."

Op. Cit., pp.50/51.

- 4- R.Castel, "Para una Crítica...", Op. Cit., p.146.
5- Ibid., p. 134.
6- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...",

Op. Cit., p.83.

- 7- Ibid., p.92.
8- Ibid., p. 92.
9- Ibid., p. 93.
10- Ibid., p.96.
11- F.Basaglia, "Rehabilitación y...", Op. Cit., pp.185-186
12- Ibid., p.193.
13- Ibid., p.194.
14- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op.Cit., pp.96-97.

- 15- J.Gervis, Manual Crítico..., Op.Cit., pp.124 y 132, respectivamente. Igual formulaciones se pueden encontrar en F.Basaglia, "La institución...", Op.Cit., p.151, y F.Basaglia, "¿Qué es la...?", Op.Cit., p.28.
- 16- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes...", Op.Cit., p.97.
- 17- Lucio Schittar, "La ideología de la...", Op.Cit., p.174.
- 18- F.Basaglia, "Rehabilitación y...", Op.Cit., pp.191 y 192.
- 19- F.Basaglia, "La Asistencia Psiquiátrica...", Op.Cit., p.59.
- 20- *Ibid*, p.56.

2.5. Marco Teórico: Ampliación y Evaluación.

- 1- Se parte aquí de una tesis de Foucault. Cfr. M. Foucault, "La Casa de...", Op.Cit., en la p.148 afirma: "Me parece que se podrían encuadrar los diversos aspectos de la antipsiquiatría según su estrategia en las confrontaciones con estas relaciones del poder institucional..."
- 2- R.Castel, "Para una Crítica...", Op.Cit., pp.100-101.
- 3- E.Menéndez, Op.Cit., Cfr. pp.23, 29 y ss.
- 4- *Ibid*, Cfr. pp.92 y ss., 102 y ss., y 150-151.
- 5- R.Castel, "Para una Crítica...", Op.Cit., pp. 102 y ss.
- 6- Cfr. E.Menéndez, Op.Cit., pp.30-33 y 102-104.
- 7- R.Castel, "Para una Crítica...", Op.Cit., p.107.
- 8- *Ibid*, Cfr. p.107. Para una polémica a respecto del método de Goffman Cfr. J.Gervis, Manual Crítico..., Op.Cit., pp. 60 y 103, y E.Menéndez, Op.Cit., pp.32-33.
- 9- E.Goffman, Internados, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972.
- 10- *Ibid*, p.33.
- 11- *Ibid*, pp. 58-62.
- 12- *Ibid*, p. 72.
- 13- *Ibid*, p.92.
- 14- *Ibid*, p.26.
- 15- *Ibid*, p.79.
- 16- *Ibid*, pp.80-81. Cfr. también pp. 349, 350 y 371.

17- Ibíd., pp.214-215.

18- Ibíd., Cfr. pp.82,125-126, 307, 348.

19- Ibíd., p. 350. En un texto más reciente, E. Goffman,

"La locura del 'puesto' ", en F. Basaglia y F.B. Ongaro, Los Crímenes..., Op. Cit., p.257, dice: "En los últimos veinte años se ha comprobado que el tratamiento médico de la enfermedad mental ha tenido escasos resultados...el precio que el paciente ha tenido que pagar por este servicio es considerable; el alejamiento de la vida civil, el desapego afectivo de las personas amadas, consideradas como responsables de su reclusión, la humillación inferida por la reglamentación y la vigilancia hospitalaria, la estigmatización indeleble después de su salida".

20- Cfr. T.Szasz, Ideología y Enfermedad Mental, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976, p.23.

21- Cfr. E. Menéndez, Op.Cit., p.33.

22- T.Szasz, El Mito de la Enfermedad Mental, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1974, p.54.

23- T.Szasz, Esquizofrenia, el Símbolo Sagrado de la Psiquiatría, México: Prentice Editora, 1979, Cfr. p 13 y ss.

24- T.Szasz, "¿ A quién sirve la Psiquiatría?", en F. Basaglia y Otros, Los Crímenes..., Op.Cit., Cfr, p, 318; también Cfr. T.Szasz, El Mito de..., Op.Cit., p.93.

25- T.Szasz, Ideología y..., Op.Cit., p,27.

26- Ibíd., p. 31.

27- Ibíd., p. 33. Cfr. también pp. 35 y ss., y 187 y ss.

28- Cfr. T.Szasz, "¿ A Quién Sirve...?", Op.Cit., pp.

314 y ss.

29- Ibíd., p. 318.

30- T. Szasz, Ideología y ..., Op. Cit., p. 53.

31- Ibíd., pp. 54-55.

32 Sobre críticas a las limitaciones de las proposiciones de Szasz, véase E. Menéndez, Op. Cit., pp.33-37. También G. Jervis, Manual Crítico..., Op. Cit., pp. 61-62.

33- R. Castel, "La Contradicción...", Op. Cit., p.162.

34- M.Foucault, "La Casa...", Op. Cit., p.148.

35- Cfr. D.Cooper, La Muerte de la Familia, Barcelona: Editorial Ariel, 1979, pp.12-16. Cooper distingue ahí varios estados en el sujeto (Eknoia, Paranoia, Noia, Anoiá) siendo que, para pasar de uno a otro es necesaria una labor de transformación personal -- (Metanoiá).

36- Cfr. R. Laing, "Metanoia: Algunas experiencias en Kingsley Hall, Londres", en Varios Autores, Hacia la Locura, Madrid: Editorial Ayuso, 1976, pp.19-26.

37- R. Laing, El Yo Dividido, México: Fondo de Cultura Económica, 1975, p.30.

38- F. Basaglia y F.B. Ongaro, "Los Crímenes...", Op. Cit. p.77.

39- Sobre este punto pueden verse entre otros, a R. Laing, El Yo Dividido, Op. Cit.; también a J.S. Werry, "La Psicoterapia: Un Procedimiento Médico", y C.M. Steiner, "Psiquiatría Radical" ambos en Varios Autores, Hacia la Locura, Op. Cit.

40- R. Laing, El Yo..., Op. Cit., p. 32.

41- D. Cooper, La Muerte de..., Op. Cit., p.13.

42- Ibíd., pp. 13-14.

43- R. Laing, El Yo..., Op. Cit. p. 15.

44- R. Laing, "Metanoia; Algunas...", Op. Cit., p.21. Otra posición que ha enfatizado los aspectos contextuales y, especialmente, comunicacionales en la etiología de la esquizofrenia, es la Escuela de Palo Alto, a través de la teoría del doble vínculo; Bateson, afirma incluso que "Hay situaciones de doble vínculo creadas dentro y por medio del contexto terapéutico y el medio hospitalario", en G. Bateson, Doble Vínculo y Esquizofrenia, Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé 1977, p.38.

45- D. Cooper, "La No Psiquiatría Entre Otras Cosas" en Varios Autores, Antipsiquiatría y Política, México: Editorial -- Extemporáneos, 1980, p.37.

46- R. Castel, "Para una Crítica...", Op. Cit, p. 108.

47- Ibíd., pp. 108-116. Ahí se analiza todo el movimiento precursor francés de psicoterapia institucional, surgido después de la Segunda Guerra Mundial, comandado por F. Tosquelles.

48- M. Mannoni, El Psiquiatra, su Loco y el Psicoanálisis, México: Editorial Siglo XXI, 1977, p.9.

49- Cfr. R. Castel, "Para una Crítica...", Op. Cit., p.117.

50- M. Mannoni, Op. Cit., p. 19; Cfr. también p. 56.

51- Ibíd., pp. 20,22 y 62.

52- Ibíd., p.35.

53- Ibíd., pp.52-53.

54- Ibíd., p.55.

55- Ibíd., p.164; Cfr. también pp. 157-158.

56- *Ibid*, pp. 64-65.

57- *Ibid*, p. 39.

58- *Ibid*, pp. 47-48.

59- *Ibid*, p. 173.

60- *Ibid*, pp. 165-166. Es claro que como Mannoni parte del psicoanálisis independiente de la "revolución", siempre queda pendiente el problema de la "revolución" en la dinámica del inconsciente; Cfr. también pp. 28-29.

61- *Ibid*, p. 12.

62- *Ibid*, p. 54.

63- *Ibid*, p. 56.

64- *Ibid*, p. 84.

65- *Ibid*, p. 83.

66- *Ibid*, p. 87.

67- *Ibid*, p. 163.

68- Para una polémica con M. Mannoni, ver E. Menéndez, *Op.Cit.*, pp. 126 y ss., R. Castel, "Para una Crítica...", *Op. Cit.* pp. 119 y ss., y R. Castel, El psicoanálisis, el Orden Psicoanalítico y el Poder, México: Editorial Siglo XXI, 1980, p. 19.

69- M. Mannoni, *Op.Cit.*, p. 166.

70- F. Guattari, "Revolución Molecular y Lucha de Clases", en Varios Autores, Antipsiquiatría y Política, *Op.Cit.*, p. 56.

71- *Ibid*, p. 64.

72- *Ibid*, p. 66.

73- R. Castel, "Para una Crítica...", *Op.Cit.*, p. 127.

74- R. Gentis, La Tapia del Manicomio, Barcelona, Editorial Laia, 1972, Cfr. pp. 9 y ss.

75- R. Castel, "Para una Crítica...", *Op.Cit.*, pp. 128-129.

76- R. Gentis, *Op.Cit.*, pp. 19 y 27.

77- *Ibid*, p. 35.

78- *Ibid*, Cfr. pp. 63 y ss.

78 bis- Cfr. R. Castel, "Para una Crítica...", *Op.Cit.*, p. 132; también R. Castel, "La Contradicción...", *Op.Cit.*, p. 152.

79- G. Jervis, El Buen Reeducador, Barcelona; Editorial Grijalbo, 1979, pp. 14-15.

80- M. Foucault, "La Casa...", *Op.Cit.*, p. 148; también E. Menéndez, *Op.Cit.*, p. 13.

81- R. Castel, "Para una Crítica...", *Op.Cit.*, p. 136.

82- F. Basaglia, "El Hombre en...", *Op.Cit.*, p. 169.

- 83- Cfr. F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes,.."
Op.Cit., p.20, y E.Menéndez, Op.Cit., p. 70.
- 84- F.Basaglia, "La Institución de..", Op.Cit., pp.
133 y 134, respectivamente.
- 85- Ibíd, p. 154.
- 86- F.Basaglia y F.B.Ongaro, "Los Crímenes..." Op.
Cit., p. 30.
- 87- F.Basaglia, "La Institución Psiquiátrica de..." OP,
Cit., p. 32.
- 88- E.Menéndez, Op.Cit., p. 75.
- 89- R.Castel, "Para una Crítica...", Op.Cit., p. 139.
- 90- G.Jervis, Manual Crítico..., Op.Cit., p. 63.
- 91- G.Jervis, El Buen..., Op.Cit., p. 13.
- 92- G.Jervis, Manual Crítico..., Op.Cit., pp. 63-64;
sobre la experiencia italiana en los barrios, fábricas, etc., Cfr.
G.Jervis, El Buen..., Op.Cit., pp. 57 y ss.
- 93- E.Menéndez, Op.Cit., p. 162.
- 94- J.Tizón, Introducción a la Epistemología de la
Psicopatología y la Psiquiatría, Barcelona; Editorial Ariel, 1978,
Cfr, p. 137.
- 95- Ibíd, p. 137.
- 96- Ibíd, pp. 137-138.
- 97- Ibíd, p. 138.
- 98- Ibíd, p. 138.
- 99- Ibíd, pp. 138-139. Cfr. pp. 139 y ss. para una crí
tica pormenorizada a R.Laing.
- 100- ~~100~~ - G.Jervis, Manual Crítico..., Op.Cit., Cfr.p.143.
- 101- Ibíd, p. 143.
- 102- Ibíd, p.145.
- 103- Cfr. E.Menéndez, Op.Cit., pp. 140 y ss., quien
formula una crítica muy dura sobre el abandono de los enfermos en
Gorizia por parte de Basaglia.
- 104- G.Jervis, "Crisis de la Psiquiatría,..", Op.Cit.,
p. 289.
- 105- G.Jervis, El Buen..., Op.Cit., p. 17.
- 106- Ibíd, pp. 17-18.
- 107- Cfr. E.Menéndez, Op.Cit., pp. 39 y ss.
- 108- Ibíd, p. 46. /// 109- Ibíd, p. 49.
- 110- Ibíd, p. 138. /// 111- Ibíd, p. 41.

112- Ibid., Cfr. p.42.

113- Ibid., p.43.

114- Ibid., p. 124; Cfr, también p, 132,

115- G. Jervis, El Buen Reeducador, Op. Cit., p. 18.

PROBLEMAS E HIPOTESIS

Teniendo a la vista el marco teórico desarrollado en la primera parte, se puede decir en forma muy esquemática que la intención de la escuela italiana es la de relacionar la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos con el empleo-desempleo existente en una sociedad. Osea, que si la sociedad tiene un déficit en la mano de obra disponible en un momento dado, entonces tratará de rehabilitar a los pacientes psiquiátricos y reintegrar los a la sociedad. Pero, si por otro lado, hay un gran desempleo y sobra mano de obra "sana", entonces no hay interés por rehabilitar a pacientes psiquiátricos, ya que éstos, una vez rehabilitados, no encontrarán ninguna ocupación en la sociedad.

Ahora bien, si esta tesis general se transponera directamente a términos de hipótesis, aplicable a la condición del enfermo mental en México, podría tener la siguiente forma: Dado el alto índice de desempleo y subempleo, y la abundante mano de obra existente en la sociedad mexicana, las actividades hospitalarias destinadas a la rehabilitación del paciente psiquiátrico, son muy reducidas.

Sin embargo, dicha hipótesis, en el actual momento de desarrollo del conocimiento de la situación general de la Salud Mental en México, es impracticable. En efecto, no existe una información catalogada y disponible al público que permita su comprobación. Por otro lado, habría que hacer una correlación con tablas anuales de desempleo en un período bastante largo de tiempo, lo que tampoco, por ahora, es factible. Por último, las condiciones particulares de México -muy diferentes a las de Italia-, en lo que se refiere a una cierta cronicidad en el desempleo existente y a las actividades concretas realizadas en relación a la rehabilitación del enfermo mental tampoco permiten la comprobación efectiva de esta hipótesis.

En realidad, como ya se mencionó en la Presentación, éste no pretende ser más que un estudio exploratorio en donde, por regla general, no se trabaja con hipótesis sino que, más bien, con preguntas generales de investigación que tienen por fin abrir el camino para futuras y más fundamentadas investigaciones, resaltando a la vez los puntos que puedan ser de especial importancia.

Así, para la segunda parte de esta tesis se pueden plantear las siguientes preguntas:

1- ¿Cuál es la política de Estado mexicano, a través de sus respectivas instituciones, hacia el problema de la enfermedad mental?

2- ¿Cuál es la política del Estado mexicano, a través de sus respectivas instituciones, para fomentar la rehabilitación del enfermo mental?

En la tercera parte de este trabajo, a ser realizado en un hospital psiquiátrico en concreto, se pueden plantear preguntas más particulares, a saber:

1- ¿El hospital estudiado sigue las tendencias generales encontradas en la segunda parte del trabajo?

2- ¿Cuáles son las actividades de rehabilitación en dicho hospital?

3- ¿Hay, efectivamente, rehabilitación?

II- CONTEXTO Y ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL
Y LA REHABILITACION EN MEXICO.

1.0. Caracterización de la Sociedad Mexicana.

Sin que se pretenda ser extensiva la temática y la bibliografía referente al análisis socio-económico de México, se deben, no obstante, hacer explícitos los principales rasgos que servirán como base para poder más adelante enfocar adecuadamente la estructura del sistema nacional de salud, y en particular de salud mental.

El sistema económico mexicano es descrito por varios autores como un sistema capitalista, monopolístico y dependiente¹. El economista e investigador mexicano, Rolando Cordera habla de una tríada que define el capitalismo mexicano, a saber: "crecimiento-dependencia-sobre-explotación"²; sobre estas definiciones iniciales se buscará analizar a la sociedad mexicana.

En primer lugar se tiene que México, a partir de 1940 y en casi la totalidad de sus aspectos, está creciendo. Ha habido desde entonces un crecimiento sostenido de la producción, importantes cambios en la estructura productiva y, hasta la década de los sesenta, una importante estabilidad de los precios internos³. El despegue del capitalismo mexicano se sitúa a partir de las reformas efectivadas durante el régimen cardenista, en los años treinta, luego después de la desfavorable coyuntura de la Gran Depresión de 1929; Cárdenas sienta las bases del moderno Estado mexicano y afirma la tendencia a la industrialización como camino fundamental que recorrerá, en adelante, México⁴, tanto en las ciudades como en el campo, aunque en forma muy desigual.

Si en términos económicos generales México ha sido un país en crecimiento, la contrapartida social muestra, por otro lado, el elevado precio que se ha pagado por este capitalismo tardío. Según el mismo Rolando Cordera el desarrollo dinámico del capitalismo mexicano es también desigual y contradictorio, fenómeno este que se puede resumir en los siguientes puntos:

1- Un análisis de la estructura y evolución de la distribución

del ingreso, tanto en términos globales como regionales, da cuenta de la desigualdad económica y social, de la concentración de la riqueza en muy pocas manos y de un número cada vez mayor de marginados sociales; en el medio rural se notan importantes índices de concentración de la tierra y de la maquinaria productiva, junto con semejante concentración de riquezas e ingresos observados en las zonas urbanas de México.

2- El rápido crecimiento industrial y la acelerada urbanización no han solucionado, como quisiera la ideología desarrollista, los problemas de bienestar social sino que incluso han agravado varios de ellos. Es particularmente importante, para los fines de este trabajo, señalar que el crecimiento industrial, en términos de demanda de mano de obra, es lento en comparación con la creciente oferta de mano de obra urbana -aumentada a su vez por las corrientes migratorias de campesinos sin tierra y sin posibilidad de subsistir del agro- lo que produce, según el mismo R.Cordera, una exagerada expansión de los servicios, marginalización creciente de varios sectores de la población en los cinturones de miseria y enorme cantidad de trabajadores que reciben abajo del salario mínimo⁵.

México no nació capitalista, ni llegó al capitalismo por su propia dinámica social sino que fue integrado a dicho régimen de producción. El caso de México, como de otros países latinoamericanos, es un caso de capitalismo tardío, unido, según R.Cordera, a una inevitable dependencia y asociado con un oligopolio precoz⁶. Según A.Aguilar, México es desde hace más de cien años un país predominantemente capitalista pero que por haber entrado tarde en el contexto capitalista internacional, cuando la economía internacional ya es monopolística, se hace estructuralmente dependiente y cuenta desde un principio en su economía con un gran peso de los monopolios extranjeros y nacionales; según el mismo autor, "En 1975, o sea un cuarto de siglo después de haberse iniciado ese proceso, el capitalismo mexicano no es sólo un capitalismo monopolista, en el que los monopolios sean el centro del poder económico del sistema, sino un capitalismo monopolista de Estado, en el que las empresas monopolistas se entrelazan y combinan estrechamente con el Estado"⁷.

No hace falta, aquí, entrar en la discusión del carácter que asume el capitalismo en México, en términos de si debe

ser conceptualizado como capitalismo monopolista de Estado o no, Independiente del uso riguroso de este concepto, se está de acuerdo en que el carácter tardío del capitalismo mexicano ha significado una dependencia, una monopolización temprana y una constante intervención del Estado "...en la definición del rumbo y del ritmo del proceso económico"⁸. Desde la expansión de la economía mexicana en los años treinta y en menos de treinta años de llevado a cabo este proceso, el gran capital oligopólico, extendido en la industria, finanzas y comercio, se hace la unidad económica dominante⁹. Por otro lado, según el mismo R.Cordera, "...la magnitud y la intensidad de la intervención estatal han variado a lo largo del tiempo como producto de los cambios en las relaciones de clase, dentro y fuera del bloque dominante..."¹⁰, aunque es notable que desde el cardenismo, e incluso antes en forma más esporádica y menos nodular, el Estado tiene papel estratégico en el proceso de acumulación del capital, no sólo en términos de inversión pública sino también por el carácter monopolístico de ciertas empresas que maneja. Como se verá más adelante, la intervención económica del Estado no dejará de tener importancia para el sector salud.

Aunado a lo anterior resalta la progresiva desnacionalización de la economía mexicana, en donde el capital extranjero ha logrado, a veces con subterfugios y otras con la complacencia oficial, un progresivo control de la economía, en los amplios renglones de la agricultura, industrias extractivas, manufactureras y el comercio en general. El capital transnacional, mayoritariamente norteamericano, que penetra en gran escala ha significado la dependencia en "...una intensidad y una profundidad difícilmente calculables"¹¹. Por último, el endeudamiento exterior resta al Estado capacidad de manobra y lo somete a las políticas del capital internacional, como los convenios firmados en 1976 con el Fondo Monetario Internacional (FMI), cuya influencia en el área de salud se verá.

Como último elemento se tiene que el capitalismo mexicano está basado en la sobre-explotación de la fuerza de trabajo como elemento central del proceso de acumulación. La sobre-explotación significa elevados índices de ganancia, basada en una oferta abundante de mano de obra, una política salarial restrictiva, y una adecuada oferta de alimentos agrícolas a los centros urbanos. Lo importante aquí es señalar, como lo ha demostrado R.M. Ma

rini, el carácter estructural que tendrá el desempleo en las sociedades de super-explotación de la fuerza de trabajo¹². Esta relación ha sido también característica del modelo mexicano; como dice R. Cordera: "La notable expansión urbana de los últimos lustros no ha tenido una contrapartida adecuada en la formación de empleos productivos, entre otras cosas debido al predominio de formas oligopólicas en la industria y a la utilización, en ella, de una tecnología importada que trae implícita, desde el principio, la existencia de un 'ejército industrial de reserva' que en sentido estricto nunca ha estado realmente empleado en la industria. Lo anterior, aparte de reforzar el desempleo y el subempleo urbanos, resulta directamente en la generalización de saláridos miserables en los que se concreta la sobre-explotación del trabajo y, al combinarse con la incapacidad financiera del Estado para hacer frente a los requerimientos elementales de la vida citadina, produce la concentración del subdesarrollo en las ciudades que a su vez revierte en el subdesarrollo de las propias zonas urbanas en las que, por otro lado, se concentra también la afluencia material de las minorías beneficiadas por el sistema"¹³.

Una vez que se ha resumido, con la brevedad del caso, las principales características socio-económicas de México, resta ahora llevar a cabo un mayor acercamiento a la estructura ocupacional mexicana.

Para adjetivar brevemente el problema del desempleo en México, se puede decir que éste es estructural, profundo y crónico. Tomando como base un estudio presentado por la Revista Punto Crítico¹⁴, se observan los siguientes datos: Hay, en términos globales, 3 millones de desocupados y 8 millones de subocupados, lo que representa más de la mitad de la población económicamente activa; es decir, "...de la parte de la población que está en edad de trabajar (30 millones), descartando a 10 millones que agrupan a amas de casa, estudiantes, etc., sólo 9 millones tienen un trabajo permanente, mientras tenemos 11 millones de desempleados. De estos, 3 millones no tienen ningún trabajo y 8 millones están subocupados. En otras palabras, y considerando que México tiene aproximadamente 60 millones de habitantes, tenemos que de cada 6 mexicanos, tres son menores de edad o ancianos, uno se dedica al hogar, otro está desocupado y, sólo uno tiene un trabajo permanente"¹⁵.

Desglosando un poco más estos datos, se tiene que: "De los tres millones de desocupados, más de la mitad fueron expulsados de sus trabajos por reducciones en la producción, cambios en los métodos de producción, conflictos con los patrones o el sindicato, o porque el trabajo que tenían era solamente eventual.

(...) Desde el punto de vista de las actividades económicas, del total de desempleados, la tercera parte tuvo su último empleo en la industria, una cuarta parte en los servicios, poco menos de otra cuarta parte en la construcción y el comercio. Esto confirma que el ejército de desocupados se agrega, en buena medida, en torno a la actividad industrial"¹⁶.

Respecto a los subocupados, estos se dan principalmente en el campo, donde los proletarios agrícolas no trabajaron en promedio más del 20% de los días en los últimos años, y en los servicios; se calcula que solamente en la Ciudad de México hay dos millones de vendedores de chacharas.

Desde el punto de vista de su distribución regional, las áreas más afectadas son: "...en la península de Yucatán, en el centro de la República y en el litoral del Golfo de México, lugares en donde casi dos terceras partes de la población económicamente activa está desempleada o subocupada"¹⁷. Las capas más afectadas lo constituyen la juventud, que representa el 70% de los desocupados, y las capas menos instruidas de la población ya que representa el 80% de los desocupados que tienen, como máximo, la primaria cursada y en sus dos terceras partes la tienen incompleta. En términos de los sectores más afectados, se tiene que para 1970 "...más de la tercera parte del total de trabajadores en el sector servicios estaba subempleada; en el sector agropecuario más de las dos terceras partes y, en el sector industrial un poco menos de la tercera parte"¹⁸.

Por último, es importante señalar que la política adoptada desde 1976, a raíz de la devaluación del peso y de los acuerdos adoptados con el FMI, tienden no sólo a agravar esta situación general sino que también tendrá un importante efecto sobre la materia que aquí interesa ya que implica, en primer lugar una reducción del déficit global del sector público, es decir, contracción del gasto público, reajuste del personal de la administración pública y de las empresas descentralizadas¹⁹.

2.0. Algunos Aspectos de la Salud en México.

2.1. Panorama general.

Los psiquiatras hacen énfasis en que la psiquiatría es una rama de la medicina y que la atención psiquiátrica es parte de la práctica médica en general, y, en particular, de la Salud Pública. Siendo así, es necesario analizar, con la brevedad del caso, como se estructura esta práctica médica en la sociedad mexicana -sus fines, prioridades y limitaciones- para tener claro el contexto general en donde se dan los servicios de Salud Mental.

Si bien la bibliografía sobre el tema de la salud en México es bastante amplia, aquí se seguirá básicamente el texto de Daniel López Acuña¹ por los siguientes motivos: 1- porque el marco teórico de dicho autor, en la medida en que busca tener presente una visión de clase del fenómeno, es bastante congruente con el que se ha utilizado en la primera parte del presente trabajo; 2- porque en él están presentes los principales tópicos del problema, y, 3- por ser reciente el libro presenta un panorama actualizado de los principales datos de salud. Así, aquí se seguirá básicamente la estructura temática de dicho autor. Como última aclaración al respecto, se han dejado de lado una serie de tópicos y datos muy importantes, ya que lo principal aquí no es tanto dar una visión completa del panorama de salud sino que más bien rescatar aquellos aspectos que sean interesantes y básicos para poder comprender la problemática de Salud Mental que es, obviamente lo que interesa.

Para empezar, López Acuña señala cuatro puntos que conforman los puntos cardinales de los servicios de salud en la sociedad mexicana, a saber:

"1) Los servicios obedecen a las necesidades económicas de una clase y desempeñan funciones tales como la reproducción selectiva de la fuerza de trabajo.

"2) Corresponden a necesidades políticas de una clase, o un aparato

to estatal que acaba por situarse al servicio de una clase. Así, los servicios de salud son empleados en numerosas ocasiones como instrumento de intermediación política y de mediatización de demandas sociales más amplias.

"3) Se someten a la influencia de las necesidades corporativas de un grupo profesional que, o dispone de un escenario para su práctica liberal, o erige territorios feudales, bajo el dominio de los grupos médicos hegemónicos dentro de las instituciones públicas de salud.

"4) Son presas de necesidades de mercado de poderosas industrias en expansión, tales como la químico-farmacéutica, la de equipo médico, la de construcción, etcétera"².

El análisis empírico de una serie de datos sobre el sistema de salud mexicano y los problemas de salud, así como la estrategia del Estado para enfrentarlos es lo que permite a López Acuña sistematizar y comprobar estos cuatro puntos arriba mencionados. Algunos de los problemas son:

En primer lugar, respecto a las condiciones primarias de vida como son el saneamiento y vivienda, hacinamiento, falta de servicios de agua potable y excretas, contaminación de alimentos y agua, los datos son bastante desoladores. Por supuesto que la carencia de estos servicios básicos afectan sobre todo a los campesinos, subproletario urbano y al proletariado industrial³.

En seguida se ha señalado también, repetidas veces, los serios problemas demográficos de México. En primer lugar es importante el fenómeno de concentración-dispersión de la población urbano-rural, es decir, el hacinamiento progresivo en las grandes ciudades y la paulatina despoblación de las áreas rurales. En segundo lugar el incremento demográfico ha significado que en apenas cuarenta años la población de México se ha cuadruplicado, hecho éste atribuido a la disminución de las tasa de mortalidad y al mantenimiento, y en ocasiones el incremento, de las tasas de natalidad,

Un tercer factor importante en el perfil demográfico es el hecho de que en 1970 el 46.22% de la población era menor de 15 años de edad y solamente el 13.58% tenía más de 45 años. Un hecho interesante es que si se compara la estructura poblacional de 1910 con la de 1970 se ve que el número de personas que alcanzan edades superiores a los 75 años se mantiene muy seme-

jante. A partir del análisis de los datos demográficos, López Acuña concluye que: "En suma, padecemos una alarmante explosión demográfica y a esto se agrega, como consecuencia de la migración proveniente del campo, un elevado ritmo de crecimiento de las áreas urbanas y una multiplicación de los cinturones de miseria y las zonas suburbanas, con la consiguiente subsistencia infrahumana y carencia de recursos de sus pobladores"⁴, además de que "La mortalidad general tiende a estacionarse y, en cierta medida, su descenso obedece al crecimiento acelerado de la población así como a su rejuvenecimiento creciente"⁵.

Hay que ser sumamente cautelosos en el momento de analizar los datos disponibles -oficiales- y también, por la ausencia de datos directos, formular conclusiones a partir de datos indirectos. Se ha señalado, a menudo, la deficiencia o simple inexistencia de datos sobre el problema de la salud en general, y es también un problema grave en el renglón de la Salud Mental.

Según López Acuña dos de los más importantes indicadores del análisis epidemiológico, los de mortalidad y morbilidad, presentan en México varios problemas, a saber: "En el caso de la morbilidad los registros son prácticamente inexistentes; no hay encuestas nacionales de salud y sólo se cuentan con incompletos boletines epidemiológicos que ni siquiera reúnen todos los casos existentes de enfermedades de notificación obligatoria. En el renglón de la mortalidad, al igual que en el de la natalidad, existe un subregistro y una extemporaneidad importantes, difíciles de precisar y con grandes variedades regionales. Además, un amplio margen de las defunciones registradas no están certificadas médicamente y las causas de muerte que se anotan son muchas veces inclasificables"⁶. En efecto, si bien de 1950 a 1974 ha habido un importante incremento en la certificación médica de las muertes, el número de causas de muerte mal definidas, desconocidas o debidas a senilidad ha permanecido inalterado; por otro lado México tiene el 10% de causas de muerte atribuidas a síntomas y estados morbosos mal definidos, mientras que este renglón es de 0.4% para Cuba y de 1.7% para los E.U.A., según datos de 1975⁷. Aún así, según López Acuña, el análisis de la problemática de salud debe hacerse sobre todo con los datos de mortalidad ya que "...los demás indicadores, como las tasas de morbilidad e invalidez, resultan insuficientes, parciales e incompletos y no dan una idea adecuada

de la magnitud y la naturaleza de los problemas de salud"⁸. Esta será una importante diferencia respecto al análisis de la Salud Mental ya que en ésta los principales indicadores son más bien los últimos, pues los datos de mortalidad son poco expresivos y tampoco indican adecuadamente la magnitud de los problemas.

Un segundo elemento importante a ser tomado en cuenta en los análisis, tiene que ver con las constataciones recientes respecto a la causalidad de la enfermedad en el sentido de demostrar la relación entre la clase social del sujeto y una serie de fenómenos respecto a la mortalidad, morbilidad, esperanza de vida, etc.⁹. Es decir, que como los datos se recogen y agrupan globalmente dejan de lado, no reflejan, este tipo de diferencias, y así "...los datos correspondientes a México reflejan una situación promedio, una serie de condiciones que no evidencian las profundas diferencias que presentan los daños a la salud entre las distintas clases sociales, o según regiones urbanas o rurales."¹⁰. Así, no hay elementos para poder afirmar con toda seguridad, la específica patología diferencial de clase para la sociedad mexicana en sus diferentes clases y estratos. Con igual obstáculo se enfrentará el análisis de los trastornos mentales pues sólo se dispone de datos indirectos a este respecto.

A continuación se presentan algunos datos globales sobre la situación de la salud en México.

En primer lugar es interesante trazar un breve bosquejo de los recursos humanos destinados a la salud pública, que son quienes se dedican, en la mayoría de los casos, a la investigación global sobre la salud. Hasta hace poco tiempo no había educación universitaria en salud pública, y la formación total de recursos humanos en esta área quedaba a cargo de la Escuela de Salud Pública de la S.S. A. Es reconocida la carencia de expertos en una serie de áreas como epidemiología, bio-estadística, economía y sociología de la salud, salud ocupacional, etc. Por último, es muy poca la investigación en salud pública; es así que "Un estudio sobre la investigación para la salud realizado por el CONACyT en 1973 reveló que, en México, el 64.4% era de tipo clínico, el 31.3% de tipo básico y sólo el 4.3% era investigación en salud pública"¹¹. Otros estudios del CONACyT de 1974 y 1975 mostró que habían sólo 147 personas realizando investigación en salud pública y únicamente 16 eran investigadores de tiempo completo. En 1977 el IMSS su-

primó su Departamento de Investigación en Salud Pública, mientras mantuvo los de investigación básica y clínica¹².

Ya respecto a los datos generales se puede empezar con los referentes a la esperanza de vida, en donde se ha enfatizado la elevación del promedio de vida del mexicano durante este siglo; sin embargo si se compara con otros países de América el panorama no es tan consolador.

CUADRO 1.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN DISTINTOS PAÍSES DE AMÉRICA, ALREDEDOR DE 1978

<i>País</i>	<i>Esperanza de vida al nacer (en años)</i>
Canadá	73
Estados Unidos	73
Puerto Rico	72
Cuba	70
Barbados	69
Uruguay	69
Argentina	68
Costa Rica	68
Jamaica	68
Guyana	68
El Salvador	66
Panamá	66
Trinidad y Tobago	66
Surinam	66
Guadalupe	65
Martinica	65
México	65
Venezuela	65
Chile	63
Granada	63
Antillas Holandesas	62
Paraguay	62
Brasil	61
Colombia	61
Ecuador	60
El Salvador	58
República Dominicana	58
Perú	56
Honduras	55
Guatemala	53
Nicaragua	53
Brasil	50
Francia	48

FUENTE: "1978 world population data sheet", Population Reference Bureau, Inc.

El panorama de la tasa de mortalidad general, al ser comparada con otros países de América tampoco es consolador.

CUADRO 2

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, AJUSTADAS POR EDAD, EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Tasa por cada 1 000 habitantes</i>
Guatemala	1975	12.5
Ecuador	1974	9.6
Paraguay	1975	9.2
El Salvador	1974	7.8
México	1974	7.4
Honduras	1975	7.2
Argentina	1970	7.0
Colombia	1975	7.0
Chile	1975	6.7
Jamaica	1971	6.6
Surinam	1971	6.6
Trinidad y Tobago	1974	6.6
Perú	1972	6.5
Venezuela	1975	6.5
Bahamas	1972	6.3
Guadalupe	1974	6.0
Uruguay	1976	6.0
Nicaragua	1973	5.9
Panamá	1974	5.6
Rep. Dominicana	1975	5.6
Barbados	1976	5.5
Costa Rica	1975	5.0
Martinica	1975	5.0
Cuba	1975	4.5
Puerto Rico	1975	4.4
Estados Unidos	1975	4.4
Canadá	1975	4.2

Fuente: OPS, Las Condiciones de Salud de las Américas, 1973-1976, Washington, 1978.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., pp. 55-56.

El cuadro 3 presenta las 20 principales causas de muerte para 1975, en México. En este cuadro, como se puede notar, no constan las enfermedades neuropsiquiátricas como tal. Sin embargo si se toma, con las precauciones del caso, las llamadas muertes violentas, es decir, homicidios, suicidios y accidentes, las le--

siones en las que se ignoran si fueron accidental o intensionalmente infligidas), y las muertes por cirrosis hepática (indicador indirecto, y no exento de excepciones, del alcoholismo) el fenómeno adquiere importantes dimensiones. Al analizar el panorama de salud mental se procurará detallar más el problema.

CUADRO 3

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO EN 1975

Causa	Núm. de defunciones	Tasa*
1. Influenza y neumonías (A 90-A 92)	53 868	89.6
2. Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A 5)	51 061	84.9
3. Enfermedades del corazón (A 80-A 84)	45 642	75.9
4. Accidentes (AE 138-AE 146)	27 140	45.1
5. Causas de la morbilidad y la mortalidad perinatales (A 131-A 135)	21 765	36.2
6. Tumores malignos (A 45-A 60)	21 674	36.0
7. Enfermedades cerebrovasculares (A 85)	12 827	21.3
8. Cirrosis hepática (A 102)	12 236	20.3
9. Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (AE 149)	11 364	18.9
10. Homicidios y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas (intervención legal) (AE 148)	10 682	17.7
11. Diabetes mellitus (A 64)	10 408	17.3
12. Bronquitis, enfisema y asma (A 93)	10 257	17.1
13. Tuberculosis (todas formas) (A 6-A 10)	8 510	14.2
14. Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (A 65)	7 061	11.7
15. Infecciones respiratorias agudas (A 89)	5 169	8.6
16. Anemias (A 67)	4 950	8.2
17. Enfermedades de arterias, arteriolas y vasos capilares (A 86)	4 060	6.8
18. Úlcera péptica (A 98)	2 791	4.6
19. Disentería bacilar y amibiasis (A 4)	2 408	4.0
20. Meningitis (A 72)	2 052	3.4
Todas las demás causas	110 007	182.9
TOTAL	435 888	724.7

* Por 100 000 habitantes.

Fuente: Compendio de Estadísticas Vitales de México. 1975, Secretaría de Salubridad y Asistencia 1978. Tomado de López Acuña, Op.Cit., pp.51-52

Si se detallan las causas de muerte por edades se pueden obtener los siguientes cuadros:

CUADRO 4

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREESCOLAR EN MÉXICO DURANTE 1975

Núm.	Causa	Tasa*
1.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A 5)	122.1
2.	Influenza y neumonías (A 90-92)	71.3
3.	Accidentes (E 138-E 146)	27.8
4.	Bronquitis, enfisema y asma (A 93)	14.1
5.	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (A 65)	13.6
6.	Enfermedades del corazón (A 80-84)	11.4
7.	Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E 149)	7.9
8.	Tosferina (A 67)	7.7
9.	Anemias (A 67)	6.2
10.	Fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis (A 3)	5.4

* Por 100 000 habitantes del grupo de edad.

Fuente: misma del cuadro 3
Tomado de López Acuña, Op.Cit., p.84

CUADRO 5

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR EN MÉXICO DURANTE 1975

Núm.	Causa	Tasa*
1.	Accidentes (E 138-146)	19.7
2.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A 5)	12.3
3.	Influenza y neumonía (A 90-92)	7.6
4.	Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E 149)	6.5
5.	Enfermedades del corazón (A 80-84)	4.4
6.	Tumores malignos (A 45-60)	3.6
7.	Anemias (A 67)	2.7
8.	Tuberculosis todas las formas (A 6-10)	1.9
9.	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (A 65)	1.9
10.	Fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis (A 3)	1.8

* Por 100 000 habitantes del grupo de edad.

Fuente: misma del cuadro 3
Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 85

CUADRO 6

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD EN MÉXICO DURANTE 1975

Núm.	Causa	Tasa*
1.	Accidentes (E 138-E 146)	45.5
2.	Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E 149)	21.5
3.	Homicidios y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas; intervención legal (E 148)	20.1
4.	Enfermedades del corazón (A 80-84)	11.2
5.	Influenza y neumonías (A 90-92)	7.7
6.	Tuberculosis todas las formas (A 6-10)	6.9
7.	Causas maternas (A 112-118)	6.7
8.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A 5)	6.2
9.	Tumores malignos (A 45-60)	5.4
10.	Anemias (A 67)	3.0

* Por 100 000 habitantes del grupo de edad.

Fuente: misma del cuadro 3
Tomado de López Acuña, Op.Cit., p.86

CUADRO 7

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 25 A 44 AÑOS DE EDAD EN MÉXICO DURANTE 1975

Núm.	Causa	Tasa*
1.	Accidentes (E 138-E 146)	55.0
2.	Homicidio y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas; intervención legal (E 148)	38.7
3.	Enfermedades del corazón (A 80-74)	31.6
4.	Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E 149)	27.4
5.	Cirrosis hepática (A 102)	25.2
6.	Tumores malignos (A 45-60)	19.6
7.	Tuberculosis todas las formas (A 6-10)	18.1
8.	Influenza y neumonías (A 90-92)	17.0
9.	Causas maternas (A 112-118)	12.9
10.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A 5)	12.4

* Por 100 000 habitantes del grupo de edad.

Fuente: misma del cuadro 3
Tomado de López Acuña, Op.Cit., p.87

Ahora bien, de las edades de 15 a 24 años y de 25 a 44 años, edades eminentemente productivas, los accidentes y violencias alcanzan las cifras más elevadas, lo que da una mejor idea de la importancia del problema. Según otros datos recopilados por Cristina Laurell, estas cifras elevadas en los rubros señalados existen así, desde hace veinte años.¹³

CUADRO 8

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 45-64 AÑOS DE EDAD EN MÉXICO DURANTE 1975

Núm.	Causa	Tasa*
1.	Enfermedades del corazón (A 80-84)	174.5
2.	Tumores malignos (A 45-60)	131.8
3.	Cirrosis hepática (A 102)	95.5
4.	Accidentes (E 138-146)	69.9
5.	Diabetes mellitus (A 64)	69.0
6.	Influenza y neumonías (A 90-92)	62.8
7.	Enfermedades cerebrovasculares (A 85)	57.0
8.	Tuberculosis todas las formas (A 6-10)	39.4
9.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A 5)	39.3
10.	Homicidios y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas; intervención legal (E 148)	34.9

* Por 100 000 habitantes del grupo de edad.

Fuente: misma del cuadro 3
Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 88

CUADRO 9

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL GRUPO DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD EN MÉXICO DURANTE 1975

Núm.	Causa	Tasa*
1.	Enfermedades del corazón (A 80-84)	1 233.4
2.	Influenza y neumonía (A 90-92)	518.9
3.	Tumores malignos (A 45-60)	478.4
4.	Enfermedades cerebrovasculares (A 85)	364.6
5.	Diabetes mellitus (A 64)	265.9
6.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A 5)	248.0
7.	Bronquitis, enfisema y asma (A 93)	211.7
8.	Cirrosis hepática (A 102)	156.6
9.	Accidentes (E 138-E 146)	140.8
10.	Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares (A 86)	137.8

* Por 100 000 habitantes del grupo de edad.

Fuente: misma del cuadro 3
Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 89

Al pasar de la edad de los 45 años, el problema desciende en importancia relativa, como se puede observar por los cuadros 8 y 9.

2.2. Servicios y Gasto Público en Salud.

¿Cómo se organizan los servicios de salud en México para atacar y solucionar los problemas que se han mencionado más arriba? En realidad la respuesta a esta pregunta es múltiple, en el sentido de que la asistencia a la salud, en México, pasa por una serie de diferentes niveles de atención. Según López Acuña, " ...se trata de un sistema muy peculiar de servicios de salud que corresponde genéricamente al esquema de la asistencia pública y que incluye: a los rudimentarios servicios y de salud pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a los servicios médicos de algunas dependencias e institutos estatales, a un exagerado número de agencias de seguridad social que otorgan una prestación 'directa' de servicios médicos y a los servicios privados que atienden a los minoritarios y acaudalados núcleos de la clase media alta y la burguesía"¹⁴.

Así, hay toda una gama de instituciones públicas, de seguridad social y privada que prestan servicios de salud. En el primer grupo están los servicios médicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), del Departamento del Distrito Federal (DDF), del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), del Instituto Nacional Indigenista (INI), y otros hospitales e institutos descentralizados de patronato mixto como el Instituto Nacional de Cardiología, etc. En el grupo de las instituciones de seguridad social y servicios médicos de dependencias estatales o paraestatales, que funcionan con financiamiento mixto a partir de las cuotas de los empleados asegurados, patrones y/o gobierno, se tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), de los Ferrocarriles Nacionales (FNM), de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), de la Secretaría de Marina (SM) y del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Dentro del grupo de asistencia privada se tiene una serie de profesionales que prestan servicios externos y/u hospitalarios como un negocio dentro del régimen de libre empresa¹⁵.

Como se puede ver, las diferentes instituciones cubren diferentes clases sociales, que se pueden dividir en tres grandes grupos. Según López Acuña los grupos se constituyen de la siguiente forma; "El primero está constituido por la burguesía y algunos sectores de la clase media que tienen suficiente poder de compra para adquirir los servicios privados. El segundo está formado por trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social y por sus familiares derechohabientes. El tercero lo integran quienes no tienen derecho a la seguridad social ni los recursos necesarios para pagar los servicios privados: ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, marginados de la ciudad, etc., es decir, la gran mayoría de la población que, parcialmente, queda cubierta por alguna institución de asistencia pública"¹⁶. Algunos estudios ya han proporcionado datos que permiten confirmar el hecho de que la morbilidad y la mortalidad de las clases sociales en la sociedad mexicana es sustancialmente diferente, es decir, que no sólo la tención a la salud es diferencial, sino que los mismos padecimientos se presentan diferencialmente en la población¹⁷.

En términos generales, se puede decir que la medicina practicada consiste principalmente en acciones curativas y, en ocasiones, rehabilitatorias, con mucha menor atención a la salud colectiva, y sólo muy parcialmente es de tipo preventivo. En efecto, según los datos de Laurell y Enríquez, la SSA destina sólo el 13.5% de su presupuesto a la prevención y el 40% a la curación, el IMSS destina el 4.4% a la prevención y el 72% a la curación, y el ISSSTE el 9.5% y 68% a los mismos rubros¹⁸.

Ahora bien, además de la atención clasista en la cobertura de la salud, esta atención resulta ser muy insuficiente.

Para 1976, según el cuadro 10, sólo el 35% de la población tenía acceso a la seguridad social; más de 40 millones de personas deberían de ser atendidas por la SSA cuya capacidad operativa para entonces se calculaba entre 15 y 18 millones de personas, es decir, que de 20 a 25 millones de mexicanos carecían de servicios de salud. Hay que señalar también que la tendencia que se observa en el mismo cuadro a un aumento de la población asegurada parece haber dejado de existir; según López Acuña "Hay además un hecho significativo: como consecuencia de la agudización

CUADRO 10

COBERTURA DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, POBLACIÓN NO DERECHOHABIENTE Y POBLACIÓN TOTAL EN LA REPÚBLICA MEXICANA DE 1967 A 1976

Año	IMSS	ISSSTE	PEMEX	FFCC	SDN	SMN	Población derechohabiente total	Población no derechohabiente*	Población total**
1967	7 611 395	1 217 308	274 524	355 691	302 500	85 304	9 846 722	35 989 843	45 836 665
1968	8 186 716	1 255 148	291 176	337 500	303 000	85 304	10 458 344	36 943 049	47 401 893
1969	9 076 408	1 222 332	300 557	322 548	433 270	85 218	11 440 333	36 580 401	48 020 734
1970	9 895 629	1 347 470	327 184	278 169	268 811	78 728	12 195 991	36 029 247	48 225 238
1971	10 676 747	1 584 792	521 471	317 501	268 904	116 362	13 485 777	38 966 171	52 451 948
1972	11 603 579	1 873 747	510 513	339 498	283 825	103 992	14 715 150	39 558 146	54 273 296
1973	12 660 702	2 088 824	497 678	375 145	402 349	123 750	16 148 488	40 012 566	56 161 054
1974	14 778 046	2 905 486	520 000	399 648	461 056	157 046	19 221 282	38 896 427	58 117 709
1975	15 815 646	3 448 568	520 000	415 669	410 715	153 259	20 763 857	39 381 401	60 145 258
1976	16 631 542	3 918 514	546 876	500 157	504 083	137 893	22 239 065	40 090 124	62 329 189

* Incluye a la población cubierta por SSA, DDF, INI, CFE e instituciones privadas y a la población no cubierta formalmente.

** De 1967 a 1969 y de 1971 a 1976 estimaciones de la DGE. Para 1970 población del censo.

FUENTES: Anuarios estadísticos DGE/SIC, 1967-1976. Estimaciones de población, DGE, SPP. Boletín Mensual de Información Económica, vol. II núm. 8, SPP.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p.106

CUADRO 11

POBLACION CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN 1978

Institución que la cubre	Población cubierta*	
	Núm.	%
IMSS	20.0	29.9
ISSSTE	4.8	7.2
Otras dependencias gubernamentales o descentralizadas	1.5	2.2
SSA	10.5	15.6
Instituciones privadas	10.0	14.9
TOTAL DE POBLACION CUBIERTA	46.8	69.9
POBLACION NO CUBIERTA FORMALMENTE	20.1	30.1
TOTAL DE LA POBLACION	66.9	100

* En millones de habitantes.

FUENTE: José López Portillo, 2o. Informe de gobierno, 1978.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 108

del desempleo, se ha reducido el número de derechohabientes de la seguridad social. En el informe del IMSS, correspondiente a 1977, se dijo que el número de derechohabientes había aumentado en un 5% con respecto al año anterior, pero en octubre del mismo año otras fuentes mencionaban que más de 500 mil personas habían quedado al margen de la seguridad social durante este año y que en el mes de abril la cifra de asegurados había descendido hasta 16.381,708" ¹⁹.

Ya en el cuadro 11 se tiene el panorama de la cobertura en 1978 donde se ve que, por lo menos, el 30% de la población carece de atención a la salud.

Por otro lado, en el análisis de los recursos humanos que trabajan en la salud, el cuadro 12, algo desactualizado ya, apunta lo siguiente: "De los 166,444 trabajadores que, en 1971, intervenían en la prestación de servicios de salud, el 22% eran médicos, el 11.5% enfermeras generales, el 1.6% enfermeras especializadas, el 19.5% auxiliares de enfermería, el 6.8% otro tipo de personal paramédico, el 4.3% personal auxiliar de los servicios de diagnóstico y tratamiento y el 34% personal administrativo y de intendencia. Esto revela la notable desproporción de trabajadores de la salud que integra el personal de los servicios y la existencia de un porcentaje extraordinariamente elevado de médicos y trabajadores administrativos" ²⁰.

Otra conclusión que se puede obtener del mismo cuadro es que la desproporción e inversión de los servicios es evidente: "Las instituciones de seguridad social concentran a más del 50% de los médicos, enfermeras generales, personal administrativo y personal auxiliar de diagnóstico y tratamiento que existe en el país, a más del 43% de las enfermeras especializadas y de las auxiliares de enfermería, y al 81% de otros tipos de trabajadores de la salud. Las instituciones de asistencia, en cambio, con las grandes necesidades que tienen para hacer efectiva la cobertura del 65% de la población del país, sólo reúnen cerca del 20% de los recursos médicos, de enfermería profesional y de otro tipo de personal y el 26% de los auxiliares de enfermería. Entre tanto, las instituciones privadas agrupan entre el 15 y el 25% de los recursos mencionados" ²¹. Por último, es conocido también la elevada concentración de los recursos en las principales ciudades del país,

dejando de lado amplias áreas sin cobertura satisfactoria o mínima.

CUADRO 12

PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO QUE PRESTABA SERVICIOS EN UNIDADES MÉDICAS, SEGÚN INSTITUCIÓN, EN 1971

Instituciones	Personal															
	Médicos		Enfermeras generales		Enfermeras especializadas		Auxiliares de enfermería		Otro personal paramédico		De servicio auxiliares de Dx. y Tx.		Administrativo e intendencia		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Instituciones de Seguridad Social	19 776	53.6	10 146	52.5	1 183	43.9	15 677	48.2	9 191	81.2	3 647	50.7	28 941	51.2	88 561	53.2
IMSS	13 159	35.	7 021	36.4	641	23.8	12 333	37.6	6 827	60.3	2 659	37.0	16 961	30.0	59 501	35.7
ISSSTE	4 308	11.7	1 123	5.8	415	15.4	2 767	8.5	917	8.1	346	4.8	7 961	14.3	17 837	10.7
PEMEX	806	2.2	406	2.1	61	1.9	271	0.9	164	1.5	57	0.8	1 164	2.1	2 919	1.8
FF.CC.	528	1.4	577	3.0	48	1.8	9	0.0	34	0.3	147	2.0	971	1.7	2 314	1.4
SDN	734	2.0	874	4.5	20	0.7	336	1.0	1 190	10.5	383	5.4	1 598	2.8	5 141	3.1
SMN	241	0.6	145	0.7	8	0.3	61	0.2	59	0.5	49	0.7	236	0.5	949	0.6
Instituciones de Salu- bridad y Asistencia	3 180	22.2	3 970	20.3	529	19.6	8 595	26.4	957	8.4	1 209	16.8	12 849	22.7	36 245	21.8
SSA	7 169	19.4	3 823	19.3	529	19.6	6 902	21.2	300	2.9	900	12.5	10 905	19.3	31 128	18.7
DDF	1 017	2.8	97	0.5			1 693	5.2	57	0.5	309	4.3	1 944	3.4	5 117	3.0
PARTICULARES	5 684	15.4	3 690	19.1	680	25.2	5 148	15.8	595	5.3	1 856	25.8	9 364	16.6	27 917	16.2
OTROS*	3 240	8.8	1 556	8.1	303	11.3	3 129	9.6	578	5.1	481	6.7	5 334	9.5	14 621	8.8
TOTAL	36 886	100.0	19 312	100.0	2 695	100.0	32 543	100.0	11 321	100.0	7 198	100.0	56 488	100.0	156 444	100.0

* Incluye instituciones descentralizadas, civiles, estatales, municipales, Cruz Roja y otras no consideradas en la clasificación. Fuente: IMSS, Estadísticas Hospitalarias 1971, serie V, núm. 1, Secretaría de Salud y Consumo 1976.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p.110

CUADRO 13

CUADRO 13 UNIDADES MÉDICAS EN SERVICIO, SEGÚN TIPO DE UNIDAD, POR INSTITUCIÓN, EN 1971

Instituciones	Unidades de Hospitalización				Unidades para la atención de pacientes externos										Total	
	Hospitales generales		Hospitales de especialidad		Centros de salud		Clínicas		Puestos de socorro		Consultorios		Otros			
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Instituciones de Seguridad Social	382	27.0	15	4.0	—	0	390	87.0	93	74.0	155	71.8	1 037	93.5	2 072	40.2
IMSS	286	20.3	13	3.4	—	0	245	54.7	—	0	—	0	302	27.2	846	16.4
ISSSTE	32	2.2	1	0.3	—	0	138	30.6	—	0	—	0	509	45.9	680	13.2
PEMEX	11	6.8	—	0	—	0	5	1.1	—	0	115	53.2	79	7.1	210	4.1
FF.CC.	17	1.2	1	0.3	—	0	2	0.4	65	51.5	8	3.7	—	0	93	1.8
SDN	23	1.6	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	146	13.2	189	3.3
SMN	13	0.9	—	0	—	0	—	0	28	22.4	32	14.9	1	0.1	74	1.4
Instituciones de asistencia	514	36.4	63	14.0	1 460	100	—	0	—	0	—	0	—	0	2 027	39.4
SSA	505	35.8	37	9.8	1 460	100	—	0	—	0	—	0	—	0	2 002	38.8
DDF	9	0.6	16	4.2	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	25	0.6
Particulares	381	27.0	285	75.6	—	0	50	11.2	—	0	35	16.2	13	1.2	764	14.9
Otros*	135	9.6	24	6.4	—	0	8	1.8	33	26.0	26	12.0	59	5.3	285	5.5
TOTAL	1 412	100	377	100	1 460	100	448	100	126	100	216	100	1 109	100	5 148	100

* Incluye instituciones descentralizadas, civiles, estatales, municipales, Cruz Roja y otras no consideradas en la clasificación.

Fuente: la misma del cuadro 12

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 119

Por la distribución de los recursos disponibles se puede notar que, fuera de los discursos oficiales, la piedra de toque de la política de salud sigue en función de los grandes centros hospitalarios y, sólo secundariamente, los centros de salud.

La relación, según el cuadro 13, entre hospitales generales y centros de salud es casi de 1 X 1, cuando en teoría deberían de haber de 10 a 20 veces más centros de salud que Hospitales Generales. También es visible la desproporción de recursos entre las instituciones de seguridad social, la SSA y las instituciones privadas, si se tiene en cuenta la población que cada una de ellas debe de atender.

Los cuadros 14 y 15 resumen los datos referentes al número de camas disponibles y su tipo de unidad. La desproporción de recursos es patente.

El cuadro 16, por otro lado muestra el bajo número de camas que tiene México en comparación con otros países de América.

Ya se ha señalado que a partir de los acuerdos con el FMI se ha aplicado una política monetarista de tipo restrictivo que ha llevado a una contracción del gasto público particularmente importante en el área de bienestar social²². Ya se ha mencionado también la reducción en el número de asegurados que tal política ha significado.

Es importante, ahora, adentrar más en las particularidades de esta situación. Por otro lado hay que hacer la observación de que no es correcto trabajar con cifras corrientes, es decir, con los precios corrientes, sino que hay que tomar en consideración factores tales como la inflación, población atendida, aumento de la población total, etc.

Según el cuadro 17 se puede observar una tendencia general a descender, tanto en términos del porcentaje del gasto total del sector público como en términos del Producto Interno Bruto (PIB),

El cuadro 18 muestra que a partir de 1977 hay un descenso en el porcentaje del gasto destinado a la salud. Según López-Acuña, "...lo más significativo resulta desglosar estos porcentajes y apreciar cómo existe una concentración de recursos económicos en el IMSS (25 a 38%) y, en menor grado, en el ISSSTE (11.5 a 15.4%), con poblaciones de derechohabientes más reducidas que

CUADRO 14

CÁMAS EN UNIDADES MÉDICAS SEGÚN INSTITUCIÓN EN 1975

Instituciones	Núm. de camas	%
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	30 787	33.5
IMSS	21 051	22.9
ISSSTE	4 768	5.2
PEMEX	694	0.8
FF.CC	1 422	1.5
SDN	2 493	2.7
SMN	359	0.4
INSTITUCIONES DE ASISTENCIA	27 181	29.5
SSA	25 042	27.2
DDF	2 139	2.3
Particulares	21 517	23.4
Otros*	12 489	13.6
TOTAL	91 974	100.0

* Incluye camas de instituciones descentralizadas, civiles, estatales, Cruz Roja y otras no consideradas en la clasificación.

NOTA: A partir de datos de una encuesta bibliográfica realizada por la Asesoría Técnica de la Subsecretaría de Asistencia de la SSA.

FUENTE: Educación de pregrado en medicina y enfermería, Subsecretaría de Planeación, SSA, 1977.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 122

CUADRO 15

CÁMAS EN UNIDADES MÉDICAS, SEGÚN TIPO DE UNIDAD, POR INSTITUCIÓN, EN 1971

Instituciones	Camas hospitalarias		Camas de primeros auxilios		Total de camas	
	Número	%	Número	%	Número	%
Instituciones de Seguridad Social	24 652	95.3	1 225	4.7	25 877	100
IMSS	17 983	94.7	1 013	5.3	18 996	100
ISSSTE	2 735	92.8	212	7.2	2 947	100
PEMEX	592	100	—	0	592	100
FF.CC	1 349	100	—	0	1 349	100
SDN	1 651	100	—	0	1 651	100
SMN	342	100	—	0	342	100
Instituciones de Asistencia	19 185	85.8	3 170	14.2	22 355	100
SSA	16 872	84.2	3 170	15.8	20 042	100
DDF	2 313	100	—	0	2 313	100
Particulares	16 288	99.0	159	1.0	16 447	100
Otros*	8 211	97.2	233	2.8	8 444	100
TOTAL	68 326	93.5	4 787	6.5	73 123	100

* Incluye instituciones descentralizadas, civiles, estatales, municipales, Cruz Roja, y otras no consideradas en la clasificación.

Fuente: la misma del cuadro 12

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 123.

CUADRO 16

NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS POR CADA 1 000 HABITANTES
EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA, ALREDEDOR DE 1976

<i>País</i>	<i>Camas/1 000 habitantes</i>
Argentina	5.4
Bahamas	4.1
Barbados	8.7
Belice	4.6
Bolivia	1.8
Brasil	3.8
Canadá	9.2
Colombia	1.9
Costa Rica	3.8
Cuba	4.0
Chile	3.6
Ecuador	2.1
El Salvador	1.8
Estados Unidos	6.4
Guatemala	2.0
Haití	0.8
Honduras	1.7
Jamaica	3.8
México	1.2
Nicaragua	2.2
Panamá	3.7
Paraguay	1.5
Perú	2.0
Puerto Rico	4.1
República Dominicana	2.8
Suriname	5.4
Trinidad y Tobago	4.5
Uruguay	5.7
Venezuela	2.9

Fuente: misma del cuadro 2

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p.124

CUADRO 17

GASTO PÚBLICO EJERCIDO EN EL SECTOR DESARROLLO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL GASTO SECTORIAL TOTAL Y DEL PIB DE 1971 A 1979*

Año	% del gasto sectorial total (1)	% del PIB
1971	24.7%	6.6%
1972	25.4%	7.3%
1973	21.9%	7.2%
1974	23.2%	7.9%
1975	21.3%	8.6%
1976	23.5%	9.3%
1977	20.5%	8.9%
1978	19.9% (2)	—
1979	21.4% (2)	—

* A partir de las elaboraciones de la Asesoría Técnica de la SPP y de los datos de la Oficina de Cuentas de Producción, Banco de México, S.A.

(1) De 1971 a 1976 el sector desarrollo social comprende lo equivalente a los sectores educación, salud y seguridad social y laboral. En 1977, 1978 y 1979 se excluye el sector laboral y se agrega el sector asentamientos humanos y obras pública.

(2) Estimaciones a partir de los presupuestos de egresos de la federación. FUENTES: José López Portillo, *Segundo Informe de Gobierno*, 1978, Anexo I. *Presupuesto de egresos de la federación para 1978*, SPP, *Presupuesto de egresos de la federación para 1979*, SPP.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p.173

CUADRO 18

PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EJERCIDO EN EL SECTOR DESARROLLO SOCIAL, CORRESPONDIENTE A LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE 1971 A 1979

Año	IMSS	ISSSTE	SSA	Suma
1971	33.8	11.5	5.6	55.9
1972	33.2	12.1	6.7	52.0
1973	33.5	12.1	7.0	52.6
1974	34.2	15.4	6.0	55.6
1975	33.5	12.7	5.9	52.1
1976	28.0	11.8	5.4	45.2
1977	28.3	11.8	6.3	46.4
1978	26.3*	13.3*	6.4*	46.5
1979	25.3*	13.3*	6.2*	44.8

* Estimaciones a partir del presupuesto de egresos del año correspondiente. FUENTE: José López Portillo, *Segundo Informe Presidencial*, anexo I, 1978. SPP, *Presupuesto de egresos de la federación*, 1978. SPP, *Presupuesto de egresos de la federación*, 1979.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 175

la SSA, cuando ésta sólo ha contado, entre 1971 y 1979 con un porcentaje que va del 5.6 al 6.7% del gasto en el sector desarrollo social. Así, para cubrir una población 3 veces mayor, la SSA sólo ha tenido de la tercera a la quinta parte de los recursos de las otras instituciones de salud y seguridad social²³. Igual tendencia se encuentra en el cuadro 19.

CUADRO 19

INVERSIÓN PÚBLICA FEDERAL EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
SEGÚN INSTITUCIÓN DE 1971 A 1976

Año	IMSS*	ISSSTE*	SSA*
1971	50.5%	19.4%	30.1%
1972	67.5%	9.3%	23.2%
1973	60.1%	9.3%	30.6%
1974	64.5%	6.5%	29.0%
1975	63.2%	11.5%	25.3%
1976	66.8%	8.3%	24.9%

* Porcentaje del total de la IPF en hospitales y centros asistenciales.

FUENTE: José López Portillo, *Primer Informe Presidencial*, anexo 1, 1977.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 180

CUADRO 20

PORCENTAJE DE LA INVERSIÓN PÚBLICA FEDERAL TOTAL, REALIZADA
EN EL SECTOR BIENESTAR SOCIAL Y EN HOSPITALES
Y CENTROS ASISTENCIALES DE 1970 A 1979

Año	% de la IPF en el sector bienestar social (a)	% de la IPF en hospitales y centros asistenciales
1970	27.1	4.8
1971	21.6	2.7
1972	23.0	4.2
1973	25.7	6.5
1974	20.7	4.2
1975	16.4	3.5
1976	14.5	3.2
1977	13.7	2.8
1978	7.9 (b)	2.3 (c)
1979	3.2 (b)	2.9 (c)

(a) La IPF en bienestar social incluye de 1970 a 1976: obras de servicio urbano y rural, construcciones de escuelas, hospitales y centros asistenciales, vivienda y otras inversiones.

(b) Incluye el presupuesto de inversión en los sectores salud y seguridad social, asentamientos humanos, obras públicas y educación.

(c) Inversión total presupuestada para salud y seguridad social.

FUENTES: José López Portillo, *Segundo Informe Presidencial*, México, 1978. SPP, *Presupuesto de egresos de la federación, 1978*. SPP, *Presupuesto de egresos de la federación, 1979*.

Tomado de López Acuña,
Op.Cit., p. 176.

El cuadro 20 también muestra el descenso en los porcentajes de la Inversión Pública Federal (IPF). Otra vez se hace notar que si en precios corrientes el IPF, en bienestar social y en los últimos 8 años, ha aumentado más de cinco veces, en precios constantes casi no creció, e, incluso, ha presentado descensos²⁴.

De los pocos datos accesibles en cuanto al destino específico de los gastos de capital de las principales instituciones de salud, L.Acuña concluye que "...desafortunadamente la inversión en hospitales y centros asistenciales se ha dirigido a la construcción de grandes hospitales de concentración y centros médicos especializados cuando las necesidades fundamentales en materia de unidades médicas corresponden a centros de contacto primario, o consultorios en el medio rural, suburbano y urbano capaces de resolver los problemas básicos de salud de la población"²⁵.

CUADRO 21

MONTO Y DESTINO DE LOS GASTOS EFECTUADOS EN LOS SERVICIOS MEDICOS, SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN, EN 1971*

Concepto	Instituciones de seguridad social		Instituciones de asistencia		Privadas		Otros		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Sueldos y prestaciones	4 682 445	83.1	400 504	7.1	351 624	6.2	199 862	3.6	5 634 435	100
Medicamentos	1 471 456	85.1	57 770	3.3	131 715	7.6	67 933	4.0	1 728 874	100
Gastos de administración	492 782	74.2	28 297	4.2	121 125	18.2	21 889	3.4	664 093	100
Alimentación	150 420	54.4	24 310	8.8	71 532	25.8	30 421	11.0	276 713	100
Ropa	90 152	71.4	10 089	8.0	21 470	17.0	4 493	3.5	126 204	100
Otros egresos	534 184	72.9	74 271	10.1	99 261	13.5	25 245	3.5	732 961	100
TOTAL	7 421 439	81.0	595 241	6.5	796 757	8.7	349 853	3.8	9 163 280	100

* En miles de pesos.

FUENTE: Estadísticas hospitalarias de 1971, serie V, núm. 1, 1975, DGE, Secretaría de Industria y Comercio.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 208

El cuadro 21 también aporta algunos datos sobre los gastos específicos. Es patente la concentración de recursos en las instituciones de seguridad social que gastaran, en 1971, 81% del gasto total, mientras las instituciones de asistencia solamente el 6.5%; los dos motivos principales son sueldos (más del 60%) y los medicamentos (casi el 20%).

CUADRO 22

DESTINO DEL GASTO CORRIENTE, DE INVERSIÓN Y TOTAL
DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
SEGUN TIPO DE PROGRAMA EN 1978*

Programa	Gasto corriente	Gasto de inversión	Gasto total	% del total
1. Atención preventiva	829.7	23.8	853.5	7.2
2. Atención curativa	3 936.3	365.9	4 302.2	36.3
3. Saneamiento y mejoramiento del ambiente	430.7	115.1	545.8	4.6
4. Formación y desarrollo de recursos humanos	681.8	31.1	712.9	6.0
5. Ciencia y tecnología	304.4	2.9	307.3	2.6
6. Capacitación de la población para la autoprotección de salud	19.2	3.5	22.7	0.2
7. Inversiones	—	490.9	490.9	4.1
8. Producción de bienes	100.4	6.5	106.9	0.9
9. Prestaciones sociales	281.0	17.1	298.1	2.5
10. Administración para la seguridad social	5.1	0.7	5.8	0.1
11. Administración	4 016.5	181.0	4 195.5	35.5
TOTAL	10 605.3	1 238.6	11 843.9	100

* En millones de pesos.

FUENTE: José López Portillo, *Segundo Informe de Gobierno*, anexo III, 1978.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 209

En el cuadro de encima, tomando el caso específico de la SSA, se nota el poquísimo gasto destinado a la atención preventiva, y el elevado gasto en la curativa y en la burocracia administrativa.

Las carencias de que sufre la SSA, se hacen todavía más patéticas si se toma en cuenta la población a la que atiende y a la que debería atender, en términos de gasto per cápita. Es lo que representa el cuadro 23.

CUADRO 23

GASTO PERCÁPITA EN SALUD DE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, A PRECIOS CORRIENTES Y A PRECIOS CONSTANTES DE 1967 A 1979

Año	Gasto per cápita a precios corrientes (a)				Gasto per cápita a precios constantes (b)			
	IMSS	ISSSTE	SSA	Promedio	IMSS	ISSSTE	SSA	Promedio
1967	433	658	34	117	436	663	35	118
1968	476	691	36	129	476	691	36	129
1969	449	750	39	133	433	724	37	129
1970	500	718	45	157	460	660	42	145
1971	521	721	43	160	454	629	38	139
1972	578	720	64	195	480	543	53	162
1973	643	831	79	232	477	616	58	172
1974	760	775	100	299	455	464	59	179
1975	921	834	129	374	480	435	67	194
1976	1 199	949	155	479	539	427	70	215
1977 (c)	1 590	771	223	626	554	269	79	213
1978 (c)	1 828	1 235	275	754	556	375	83	229
1979 (c)	2 081	1 243	337	874	578	345	93	242

(a) En pesos. (Gasto en salud de la institución/población cubierta.)

(b) En pesos de 1968. (Gasto per cápita/índice nacional de precios al consumidor.)

(c) Estimaciones.

FUENTE: José López Portillo, *Segundo Informe de Gobierno*, anexo I, 1978.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 188

Nótese, en este cuadro, la gran diferencia en términos de precios corrientes y constantes, y en términos de la población atendida y por atender. Si se compara estos gastos per cápita con los del IMSS e ISSSTE (cuadro 24) resalta la diferencia que significan y de la política diferencial del Estado para con las clases sociales²⁶.

En términos de porcentaje del PIB la diferencia de fondos disponibles es también patente, teniendo en cuenta la población que cada una de ellas debe atender, como se muestra en el cuadro 25.

CUADRO 24

PRESUPUESTO EJERCIDO DE LA SSA Y GASTO PERCÁPITA SEGÚN POBLACIÓN REALMENTE ATENDIDA Y SEGÚN POBLACIÓN POR ATENDER, A PRECIOS CORRIENTES Y CONSTANTES, DE 1968 A 1979

Año	Presupuesto a precios corrientes	Presupuesto a precios constantes (1)	Gasto per cápita según población realmente atendida (2)	Gasto per cápita según población por atender (2)
1968	1 362	1 362	170 (4)	36
1969	1 420	1 365	165 (4)	37
1970	1 649	1 517	173 (4)	42
1971	1 701	1 484	169 (4)	38
1972	2 543	2 113	234 (4)	53
1973	3 164	2 347	253 (4)	58
1974	3 892	2 333	245 (4)	59
1975	5 088	2 652	272 (4)	67
1976	6 237	3 808	280 (4)	70
1977	9 494	3 311	323 (4)	79
1978 (3)	11 844	3 603 (4)	343 (4)	83 (4)
1979 (3)	14 985	4 162 (4)	387 (4)	93 (4)

(1) Índice 100 = precios de 1968. Según el índice nacional de precios al consumidor.

(2) A precios constantes (de 1968), en pesos.

(3) Según lo presupuestado para esos años.

(4) Estimaciones.

FUENTES: SPP, *Presupuesto de egresos de la federación, 1978*, SPP, *Presupuesto de egresos de la federación, 1979*, José López Portillo, *Segundo Informe Presidencial, 1978*.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p.200

CUADRO 25

PORCENTAJE DEL PIB QUE CONSTITUYE EL GASTO EN SALUD DE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, A PRECIOS CORRIENTES (1967-1977)

Año	% del PIB (d)			
	IMSS (a)	ISSSTE (b)	SSA (c)	Total
1967	1.08	0.26	0.41	1.75
1968	1.15	0.25	0.40	1.80
1969	1.10	0.24	0.37	1.71
1970	1.18	0.23	0.39	1.80
1971	1.23	0.25	0.37	1.85
1972	1.31	0.26	0.49	2.06
1973	1.31	0.28	0.51	2.10
1974	1.38	0.27	0.47	2.13
1975	1.47	0.29	0.52	2.28
1976	1.62	0.30	0.51	2.43
1977	1.64 (e)	0.20 (e)	0.57 (e)	2.41 (e)

(a) Datos del Departamento de Contabilidad de la Subdirección General Administrativa.

(b) Datos del Departamento de Contabilidad del ISSSTE.

(c) Presupuesto anual ejercido (incluye otros rubros además de gastos de salud).

(d) A partir de datos del Banco de México, S.A., Oficina de Cuentas de Producción.

(e) Estimaciones.

FUENTE: José López Portillo, *Segundo Informe de Gobierno, anexo 1, 1978*.

Tomado de López Acuña,
Op.Cit., p. 198

3.0. Salud Mental y Rehabilitación en México.

En el marco teórico se ha caracterizado ya los aspectos generales que inciden sobre la salud mental y el significado de la psiquiatría como disciplina encargada del estudio y la atención de ésta. Es importante ahora analizar como se da la práctica de la psiquiatría en el caso concreto de la sociedad mexicana, los principales problemas de Salud Mental, la organización hospitalaria, etcétera, enfatizando sobre todo la atención institucional a la Salud Mental, para concluir con el tema de la rehabilitación de los enfermos mentales en México.

Es importante también aclarar que el análisis que aquí se trata de hacer se mueve en diferentes grados de abstracción. Es decir, se presentan datos que van desde la situación general del problema en América, hasta México, pasando luego al Distrito Federal y, por último, datos específicos de hospitales de este último, provenientes del antiguo Manicomio General (La Castañeda) y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (HPFBA). Así, habrá que evitar dos peligros: el de querer particularizar cuando sólo se tienen datos muy generales y el de querer generalizar los datos particulares. Por otro lado, la información obtenida entre ambos tipos de datos no siempre es directamente comparable e incluso es, en la mayoría de los casos, bastante desigual en cantidad, extensión y calidad. Los problemas relativos a la confiabilidad de la información y los errores que pueden tener se comentarán más adelante.

3.1. Breve comentario histórico.

Sin entrar en lo referente a la atención hacia el loco en la época pre-hispánica, puesto que son relativamente pocas las investigaciones al respecto que permiten reconstruir con fidelidad el problema en cuestión, además de las controversias respecto a si es correcto o no hablar de una "psiquiatría" en este contexto, se irá directamente al inicio de la fase colonial de la Nueva España.

Son conocidos los acontecimientos que llevaron a la fundación del primer hospital dedicado al cuidado de "enfermos mentales" en América. En 1566 el andaluz Bernardino Álvarez funda el Hospital de San Hipólito que se rige según las modalidades asistenciales de la época, es decir, que si bien este hecho se revisa de una profunda significación histórica¹ hay que tener presente que no es un lugar destinado exclusivamente al cuidado del loco, sino que ahí también se reciben varias otras categorías de inválidos. Según J. y G. González Mariscal la atención que ahí se brinda es bastante general, y dicen: "Llegaron (al Hospital San Hipólito) los locos, se recibieron los llamados 'inocentes' o atrasados mentales, sacerdotes decrepitos y ancianos en general. Como su auténtica caridad no podía aceptar limitaciones de especiali-dad, Bernardino amplió su obra, recibiendo enfermos de todos los padecimientos (menos leprosos y antoninos)"².

La atención a los alienados en la época colonial de México no termina ahí. En forma igualmente temprana se funda en 1690 (o alrededor de 1687, según J. y G. González Mariscal) el Hospital Real del Divino Salvador a partir de la iniciativa del carpintero José Sáyo y su mujer, que albergan en su casa a mujeres enajenadas, generalmente pobres y abandonadas por sus familiares; el entonces Arzobispo de México decide ayudar al carpintero y le proporciona una casona en donde se aloja con 60 mujeres dementes, hasta que la Congregación del Divino Salvador compra una casa en la calle de la Canoa y, en 1700, transpasa para ahí el cuidado de las mujeres.

Ambos hospitales se rigen por los conceptos cristianos de la atención caritativa y se mantienen dependientes de la Iglesia hasta la época de la Independencia de México (1810). Los

cambios de la época se hacen sentir también sobre estos hospitales: "La Orden de los Hipólitos es suprimida por decreto de las Cortes Españolas el primero de octubre de 1821, fecha en que el Hospital de 'San Hipólito' pasa a manos del Ayuntamiento, pero los religiosos enclaustrados siguen cuidando a los enajenados hasta 1843, quedando después bajo el control gubernamental"³. Poco después, en 1824, el Hospital del Divino Salvador pasa también a depender del Ayuntamiento, "...manteniéndose en el mismo lugar por la Junta de Beneficiencia con diversas irregularidades que se achacaban a la época, pues de hospital pasó a ser una verdadera prisión de la época colonial donde se aglomeraban las enfermas reclusas"⁴. La atención a los alienados en la época colonial de México se mueve alrededor de estos dos hospitales⁵.

En 1910, en el centenario de la Independencia de México, se inaugura el Manicomio General también conocido como Manicomio La Castañeda, puesto que fue construido en una antigua hacienda del mismo nombre, en Mixcoac. Para él fueron transferidos los enfermos del antiguo Hospital San Hipólito y las mujeres de la Canoa. "Es lógico pensar que la construcción se inspiró en el criterio de la época, con facilidades para mil camas que se ofrecían no sólo para el Distrito Federal sino para toda la República"⁶. Sin embargo, de este cupo original de 1.000 camas el Manicomio General llegó a lojar hasta a 3.500 enfermos, sobre todo de las clases más pauperizadas. Para este trabajo no se ha podido obtener muchos datos sobre la atención brindada por este Manicomio, y los pocos que se han podido obtener se agrupan más adelante.

En 1965 se lleva a cabo una amplia campaña para la supresión del Manicomio General, misma que culmina en 1967 con la inauguración de Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para enfermos mentales agudos de ambos sexos, el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", y varios hospitales campesinos.

3.2. La organización de la atención institucional-

En este punto es necesario aclarar qué entienden los especialistas mexicanos por la psiquiatría institucional y por su práctica, cómo conciben que ésta se ha llevado a cabo en el pasado y cómo se organiza la atención institucional actualmente, así como los principales centros para su práctica. No se trata aquí de hacer un análisis sobre el discurso oficial al respecto (aunque se han tratado de utilizar, en la mayoría de los casos, los textos y datos de estos discursos), sino de exponer la visión que estos tienen del problema en cuestión, haciendo solamente comentarios más bien marginales. Una confrontación interesante se puede hacer refiriendo estos discursos al marco teórico que aquí se presentó, mismo que no se hará en forma explícita para no hacer del trabajo algo demasiado reiterativo.

Según Rafael Velasco Fernández "La Psiquiatría Institucional se practica como especialidad médica en los organismos asistenciales para promover la salud mental, procurar la prevención de los trastornos psíquicos y proporcionar el estudio clínico, el tratamiento y la rehabilitación del enfermo mental. Se entiende que el trabajo institucional oficial difiere del privado, principalmente en que su acción es siempre interdisciplinaria y su función básicamente asistencial, no lucrativa"⁷; esta definición es una buena brújula para tener en cuenta lo que se desea que sea la práctica institucional de cuidado al enfermo mental, pero que efectivamente sea esto, o que las condiciones sociales efectivamente permitan que así se lleve a cabo, es un problema muy diferente. Es bastante conocido, por otro lado, la desatención que los diferentes países prestan al problema general de la Salud Mental y, en particular, a su práctica institucional. En 1963 un experto de la Oficina Sanitaria Panamericana afirmaba: "Pero aunque se concede importancia, en teoría, a la salud mental, en la práctica no se observa que tal interés se traduzca en programas de acción provistos de los recursos necesarios para su realización eficaz. Hasta la fecha, no se ha concedido prioridad a la función de higiene mental dentro de los programas nacionales de salud"⁸; la situación de México, en la época, no distaba mucho de este cuadro general.

En efecto, al leer algunos de los documentos de la época, en México, aunque no se diga muy explícitamente «en el sentido de ofrecer datos al respecto», se puede notar que la situación era grave y que los psiquiatras institucionales se encontraban poco menos que abandonados. En un artículo cuyo tono es bastante desesperado, publicado en junio de 1962, el entonces Director General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación pintaba el siguiente cuadro: "La institución aparentemente más importante dedicada a la asistencia de estos pacientes es el Manicomio General. Institución cincuentenaria, anterior a la iniciación de la Revolución Mexicana, que prácticamente no ha evolucionado, entre otras muchas cosas, por agobio de una plétora más que absoluta, ya que se ve en la necesidad de almacenar, más que de asistir, a cuanto enfermo llega, aun cuando no disponga de camas ni de alimentos y, mucho menos, de medicina y correcta atención médica ... Tenemos que reconocer que, en 50 años, México no ha hecho ningún esfuerzo valioso hasta ahora para mejorar la asistencia de los enfermos nerviosos y mentales, crónicos, cuando se crean los Hospitales-Granja que el Gobierno actual ha ordenado construir para tal objeto... No podemos ni debemos eludir la realidad de que nuestro sistema sanitario está atrasado varias décadas en lo que respecta a atención y asistencia de las enfermedades nerviosas"⁹. Luego de la crítica, el mismo autor demanda un hospital neuropsiquiátrico agudo, un gran Hospital Central para las enfermedades nerviosas, que sirva para la investigación, la aplicación de la clínica, la asistencia, habilitación y rehabilitación de los enfermos mentales. Pocos meses más adelante, del 1º al 7 de octubre de 1962, se realizó la Semana Nacional de Salud Mental que representó un hecho sin precedentes por el alcance y cantidad de divulgación por la radio (participaron 350 estaciones), periódicos (se publicaron 1.500 notas), televisión, conferencias (500 en total), ejemplares de divulgación, etcétera, etcétera.¹⁰

La primera respuesta concreta no se hace esperar por mucho tiempo, y a la par de la creación de Hospitales-Granja en algunos puntos del país, se crea, en 1964, en Tlalpan (D.F.) el modernísimo Instituto Nacional para las Enfermedades Nerviosas y la Investigación Cerebral, para enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y, en menor medida, psiquiátricos.

Pero la situación del Manicomio General es todavía grave; sus instalaciones están descuidadas, su población es excesiva pues planeado para mil enfermos alberga ya a 3.500, hay carencias de recursos humanos ya que en la época se calculaba que de los 30 mil médicos existentes sólo 400 ejercían la psiquiatría y la mitad lo hacía en forma privada¹¹, además de que era un típico hospital psiquiátrico tradicional, carcelario, con los enfermos mentales aglomerados, aislados, enrejados y viviendo en condiciones subhumanas. En pocas palabras, el Manicomio General es ya inoperante y hace falta una reforma en la asistencia institucional. A partir de 1966 se realiza la llamada Operación Castañeda que culmina en 1967 con la construcción de varios nuevos hospitales, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para enfermos mentales agudos, el Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, tres nuevos hospitales campestres y un hospital-hogar para enfermos crónicos no recuperables¹².

Una nueva etapa parece surgir en el horizonte psiquiátrico mexicano, y según afirma R. Velasco "La creación del Hospital Fray Bernardino Álvarez ha permitido el tratamiento, en mejores condiciones, de los pacientes agudos que por centenares han sido reintegrados a la comunidad y a su trabajo en el mejor de los casos, o al menos a su familia, para reanudar una convivencia en mejores condiciones"¹³; ya se verá más adelante si estos objetivos son realmente cumplidos por el HPFBA. Pero no todo es belleza en este nuevo horizonte, y el mismo autor reconoce que "Otro es el caso de los hospitales campestres, que desde su fundación padecieron la ocupación de sus camas por un elevado porcentaje de enfermos incurables, los más de ellos abandonados por sus familiares. Se antoja que hubiera sido mejor construir para ellos lugares de custodia, dejando los nuevos hospitales para la atención de los pacientes recuperables que necesitan hospitalización por un tiempo no mayor de un año. Además, las granjas no han cumplido la función que se les encargó. Al contrario han constituido una carga administrativa considerablemente onerosa"¹⁴.

En realidad la situación parece mucho más complicada y los psiquiatras parecen volver al terreno de las demandas; en un texto reciente el Director de Salud Mental de la SSA hace las siguientes evaluaciones: "En nuestro país, la salud mental ha sido

desatendida. Ha ocurrido que los recursos, siempre insuficientes, han sido usados para hacer frente a otros graves problemas", " Algunos de nuestros hospitales psiquiátricos difícilmente pueden ser considerados como instituciones curativas...Esta falta de desarrollo se explica por lo menos en parte, porque la salud mental ha figurado en los últimos lugares en los presupuestos de salud... Esta situación se manifiesta claramente en el hecho de que el presupuesto que se destina a su cuidado es, por lo menos, 5 veces menor que el que se destina al de otros enfermos", y más adelante concluye, " Sin una base presupuestaria para la restauración de nuestras instalaciones, prematuramente envejecidas, la formación y el empleo de personal, el suministro de medicamentos en cantidad suficiente y una red nacional de servicio de salud mental a distintos niveles, el futuro parece sombrío"¹⁵. Se pueda decir, aun que en términos muy generales, que el panorama si bien ha tenido sus evoluciones todavía se presenta como muy carente y que la práctica de la Salud Mental, sobre todo en su forma institucional, se va acongojando por una serie de obstáculos. Más adelante se buscará proporcionar datos que especifiquen más esta cuestión.

En términos administrativos-organizativos el cuidado de la Salud Mental en México, también ha pasado por una serie de cambios. En 1959 la oficina encargada de tal función era la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental. Apenas un año después, en 1960, se resuelve fusionar esta recién creada Dirección con la ya existente Dirección de Rehabilitación, constituyéndose así la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, que funciona como tal de 1960 a 1965. En este último año se vuelven a separar y se constituye la Dirección de Salud Mental, que sigue funcionando de esta forma hasta hoy día.

En 1967 se explicaba de la siguiente forma el funcionamiento de esta Dirección: "La Dirección de Salud Mental es una oficina normativa, aplicativa dependiente de la Subsecretaría de Asistencia, encargada de velar por la protección y mejoramiento de la salud mental de los habitantes de la República Mexicana, mediante una serie de acciones preventivas, terapéuticas y rehabilitatorias específicas"¹⁶. Los mismos autores delimitan los cuatro objetivos generales y permanentes de esta oficina, a saber:

"1. Promover el desarrollo de mejor salud mental de la población aparentemente sana.

"2. Hacer prevención específica de los trastornos individuales y sociales en cuya génesis la perturbación psíquica constituye el elemento básico.

"3. Ofrecer atención terapéutica oportuna y adecuada a los enfermos psiquiátricos.

"4. Rehabilitar mental y socialmente a los inválidos psíquicos"¹⁷.

La Dirección de Salud Mental así constituida tiene, 1- Funciones Administrativas, tales como control de personal, archivo, intendencia, etc., 2- Funciones Normativas, constituidas por la planeación de programas, asesoría, investigación, evaluación, supervisión y adiestramiento, y 3- Funciones Aplicativas, que se divide en dos grandes rubros, a. Higiene Mental, de los que "... dependen los servicios de higiene mental en otras dependencias, las actividades de epidemiología y campañas generales de salud mental, así como los programas piloto"¹⁸, y b. Asistencia Psiquiátrica, de la que dependen "... las consultas externas psiquiátricas, los hospitales de día y la hospitalización de 24 horas, que en nuestro país se ha organizado en tres escalones: La hospitalización de corta estancia para enfermos agudos, la hospitalización de larga estancia para enfermos subagudos y crónicos rehabilitables y los albergues para crónicos no rehabilitables. Existe también la hospitalización para niños"¹⁹. El equipo básico de la Dirección está formado por el psiquiatra, el psicólogo, trabajador social, enfermera, y terapeuta ocupacional.

En 1962, según cuadros elaborados por Cabildo y Col., la situación era, en resumen la siguiente:

Del cuadro 1 llama la atención la gran participación del Estado, a través de la SSA y de otras formas, en los servicios de higiene mental y consultas externas de psiquiatría; es en la hospitalización de los enfermos psiquiátricos y centros para deficientes mentales que la iniciativa privada se hace fuertemente presente. Al analizar estos datos hay que tener en cuenta la diferencia numérica de la población que la SSA, IMSS e iniciativa privada deben atender para que quede más clara la diferencia en los servicios prestados.

CUADRO 1

INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL PUBLICA
EN LA REPUBLICA MEXICANA, SEGUN SU CLASIFICACION
Y DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA.- 1962

CLASIFICACION	S.S.A.	ESTATS.C MUNICIP.S.	IMSS	OTRAS GUBER.O. DESCENT.	PRIV.	TOTAL
SERVICIOS DE HIGIENE MENTAL	16	-	1	1	-	18
CLINICAS DE CONDUCTA	1	4	-	2	-	7
CONSULTAS EXTERNAS DE PSIQUIATRIA	17	2	7	7	2	35
HOSPITALIZACION EN FERMOS PSIQUIATRICOS	16	6	1	1	23	47
CENTROS PARA DEFICIENTES MENTALES	2	7	-	6	7	22
TOTAL	52	19	9	17	32	129

CUADRO 2

SERVICIOS DE HIGIENE MENTAL EN EL DISTRITO FEDERAL Y
EN LOS ESTADOS Y TERRITORIOS DE LA REPUBLICA MEXICANA

1 2 6 2

ENTIDADES	S S A	ESTATAL O MUNICIPAL	IMSS	OTRAS GUBER.O. DESCENT.	PRIV.	TOTAL
DISTRITO FEDERAL	10	-	1	1	-	12
ESTADOS Y TERRITORIOS.	6	-	-	-	-	6
TOTAL	16	-	1	1	-	18

Ambos cuadros tomados de H.Cabildo y Col, "Estado Actual de la...", Op.Cit., pp. 64 y 65 respectivamente.

CUADRO 3

CLINICAS DE CONDUCTA EN EL DISTRITO FEDERAL Y EN
LOS ESTADOS Y TERRITORIOS DE LA REPUBLICA MEXICANA

1962

ENTIDADES	S.S.A.	ESTATAL O MUNICIPAL	IMSS	OTRAS GUBER.O DESCENT.	PRIV.	TOTAL
DISTRITO FEDERAL	1	1	-	2	-	4
ESTADOS Y TERRI- TORIOS	-	3	-	-	-	3
TOTAL	1	4	-	2	-	7

CUADRO 4

CONSULTAS EXTERNAS DE PSIQUIATRIA (INSTITUCIONAL)
EN EL DISTRITO FEDERAL Y ESTADOS Y TERRITORIOS DE
LA REPUBLICA MEXICANA

1962

ENTIDADES	S.S.A.	ESTATAL O MUNICIPAL	IMSS.	OTRAS GUBER.O DESCENT.	PRIV.	TOTAL
DISTRITO FEDERAL	7	-	1	7	2	17
ESTADOS Y TERRITO RIOS DE LA REPUBLI CA MEXICANA.	10	2	6	-	-	18
TOTAL	17	2	7	7	2	35

CUADRO 5

HOSPITALIZACION DE ENFERMOS MENTALES (HOSPITALES Y
SANATORIOS PSIQUIATRICOS Y PABELLONES PSIQUIATRICOS
EN HOSPITALES GENERALES

1962

ENTIDADES	S.S.A.	ESTATAL O MUNICIPAL	IMSS	OTRAS GUBER.O DESCENT.	PRIV.	TOTAL
DISTRITO FEDERAL	2	-	1	1	11	15
ESTADOS Y TERRI- TORIOS DE LA RE- PUBLICA MEXICANA	14	6	-	-	12	32
TOTAL	16	6	1	1	23	47

Todos los cuadros tomados de H.Cabildo y Col,
"Estado Actual...", Op.Cit., pp. 65, 65 y 66, respectivamente.

En 1967, al concluir la Operación Casatañeda, la lista de las dependencias de la Dirección de Salud Mental incluía un Hospital de Enfermos Agudos, el Fray Bernardino Álvarez, un Hospital Psiquiátrico Infantil, el Dr. Juan N. Navarro, un Instituto Nacional de Neurología, siete Hospitales Granja, dos Hospitales Campestre, y un Hospital de Larga Estancia; la Dirección también tenía, para este entonces, personal en los centros de higiene mental de seis instituciones, y en varios centros de salud²⁰.

Debe quedar claro que una de las bases organizativas de la atención psiquiátrica institucional mexicana es la separación de los enfermos agudos y los crónicos recuperables. A partir de 1967 el hospital más importante para enfermos agudos adultos de ambos sexos es el Hospital Fray Bernardino Álvarez, y para tal "...dispone de 600 camas, posee, además, servicios de consulta externa con capacidad para atender a 80 pacientes diarios, 'Hospital de Día' para cien pacientes diarios, aulas y laboratorios para impartir las cátedras y enseñanzas conexas al ejercicio de la psiquiatría, así como para efectuar investigaciones en esta rama de la medicina"²¹. Los hospitales granja, por otro lado, "...son instituciones creadas para la asistencia y rehabilitación de los enfermos mentales recuperables cuya estancia hospitalaria es prolongada"²².

En realidad se puede decir que cuando se incentivó la creación "masiva" de Hospitales Granja los psiquiatras mexicanos estaban bastante optimistas en cuanto a su funcionamiento. Así, Carlos Tejada Ruiz afirmaba entonces: "Existe la pretensión de que en los hospitales Granjas todos los elementos, desde geográficos hasta humanos, tiendan a restaurar la salud. Se trata de crear dentro de las modernas construcciones un ambiente sencillo y simple que en lo posible se asemeje a situaciones de la vida real; donde el paciente pueda desarrollar una vida de comunidad con escasas tensiones y en contacto estrecho con otras personas, con quienes colabore y comparta responsabilidades... Son en realidad centros activos donde se emplean todos los recursos que la ciencia médica y el arte rehabilitatorio aconsejan y que además sirven y benefician a la comunidad que los rodea... La atención del enfermo hospitalizado consta de tres etapas: una intrahospitalaria, otra de transición a la comunidad y una última que se refiere a la integración del paciente a su ambiente social"²³. El espectáculo es

en realidad alentador por las directrices trazadas, pero es importante preguntarse ¿Por qué en 1973, a apenas seis años de estas declaraciones, el Dr. R.Velasco afirma, como se ha comentado un poco más atrás , que los hospitales granja son un fracaso? ¿Qué proceso siguieron dichos hospitales y por qué no funcionaron según la teoría? No será posible, en este trabajo, contestar explícitamente estas preguntas, pero es importante el dejarlas planteadas para futuras investigaciones.

3.3. Epidemiología de la salud mental en México.

En este punto se tratará de especificar más los principales problemas de la Salud Mental en México, utilizándose para ésto una metodología epidemiológica. Así, es necesario en primer lugar un pequeño preámbulo para definir esta disciplina, conocer sus aplicaciones y los principales indicadores que se acostumbra usar.

La epidemiología es una ciencia, de origen médico, que se ocupa, en primer lugar, de analizar las causas que originan la aparición, desarrollo y extensión de las enfermedades; en segundo lugar, en forma más reciente, se ocupa también de proporcionar datos que revelen la situación de salud de una población dada. Así, en términos generales, se puede decir que la epidemiología investiga los factores que llevan a una modificación de la distribución de la salud y la enfermedad de una cierta población. La epidemiología no es, entonces, únicamente un conjunto de técnicas que adquieren significado al referirse al marco teórico del modelo médico, sino que se constituye como una disciplina autónoma -con innegable raíz médica-, que tiene sus propios conceptos²⁴.

Según el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las técnicas epidemiológicas aplicadas a la psiquiatría tienen dos finalidades: "Las primeras son las que podríamos llamar 'investigaciones de organización' con las que se obtienen sobre las enfermedades tratadas y no tratadas de una determinada colectividad, datos que son indispensables para organizar en debida forma los servicios psiquiátricos. La segunda, en la esfera clínica, permite descubrir ciertas características de las poblaciones humanas relacionadas con las costumbres, la organización social o el ambiente, capaces de influir sobre la aparición o el desarrollo de trastornos mentales y asimismo evaluar la importancia de cada una de ellas en la estructura etiológica de esas enfermedades"²⁵. Así, se tiene, en resumen, la búsqueda del conocimiento de la magnitud y distribución de las enfermedades mentales en una cierta comunidad y la búsqueda y comprobación de factores etiológicos determinados. A estas aplicaciones H. Cabildo agrega una tercera, "...valoración de la efectividad del manejo preventivo y terapéutico"²⁶. Según este último autor, de estas

tres aplicaciones la que más se ha utilizado en México en la epidemiología de los trastornos mentales, ha sido la primera.

Dos conceptos generales que se utilizan comunmente en la epidemiología son importantes de aclarar. El primero se refiere a la prevalencia-incidencia y el segundo a la distinción entre estudios transversales-longitudinales. Según Campillo: "La prevalencia se define como el número total de casos presentes en un tiempo dado dentro de una población determinada. La incidencia se refiere a la aparición de nuevos casos, dentro de un período de tiempo dado, y también dentro de una población determinada. Así que la diferencia básica entre ambos términos estriba en que mientras la prevalencia lidia con antiguos y nuevos casos, la incidencia sólo lo hace con éstos últimos"²⁷. Por otro lado la distinción entre estudios transversales y longitudinales radica en el número de observaciones que se realizan en un determinado período de tiempo, pues mientras en los estudios transversales se realiza sólo una observación y se recogen datos de hechos pasados (razón por la cual son llamados también de retrospectivos), en los estudios longitudinales (también llamados prospectivos) se realizan dos o más observaciones en el afán de obtener datos del inicio del problema y sus transformaciones con los cambios realizados. Los estudios transversales son usados para obtener tasas de prevalencia, mientras que los longitudinales lo son para tasas de incidencia²⁸.

Ahora bien, en la aplicación al estudio de los trastornos mentales la epidemiología ha tropezado con una serie de dificultades que son importantes señalar pues implican grandes limitaciones a las conclusiones que se puedan obtener en este trabajo, limitaciones que se refieren, en última instancia, a la validez de los datos utilizados. Algunas de estas dificultades son generales y otras más se refieren específicamente al caso mexicano, dificultades que son asumidas por todos - o casi todos- los investigadores.

En primer lugar se señala que la base, el requisito fundamental de la investigación epidemiológica es la existencia de una clasificación estadística aceptada que permita comparar, sin temor a equivocarse, los datos reunidos en las diferentes investigaciones y en los diferentes países²⁹. Como esta clasificación única no existe o no es aceptada universalmente, se presentan

una serie de problemas que obstaculizan la cabal comprensión de la magnitud real de la cuestión. Se ha señalado al respecto que mudanzas bruscas de un año a otro en algunos de los rubros analizados se deben más a cambios en los criterios de registro que a variaciones reales de aumento o disminución del dato en cuestión³⁰. Otro problema general es el relacionado con la ausencia de conocimientos en lo referente a la etiología y patogenia de las enfermedades mentales³¹ lo que sumado a la multiplicidad de corrientes dentro del pensamiento psiquiátrico contemporáneo hace con que el diagnóstico este imbuido de una gran cantidad de subjetivismo y que muchas veces no coincida la opinión de dos psiquiatras entre sí sobre como diagnosticar al paciente. La importancia de este último punto en el caso mexicano no es nada despreciable; en una investigación realizada por Carolina Martínez Salgado³² se puede apreciar la magnitud del desacuerdo en los diagnósticos realizados por médicos de HPFBA, como lo indica el cuadro 6. En el primer contacto hay desacuerdo en un tercio de los diagnóstico de los pacientes muestreados por la autora (U= 37.279, m= 597), y en el tercer contacto hay todavía un quinto de desacuerdo.

CUADRO 6

ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO EN LOS 3 PRIMEROS CONTACTOS DEL PACIENTE CON EL HOSPITAL. *

Acuerdo en el diagnóstico	Primer - Contacto	%	Segundo - Contacto	%	Tercer - Contacto	%
SI	374	63.5	95	67.9	41	74.6
NO	215	36.5	48	30.7	11	20.0
S/D	8	1.3	2	1.4	3	5.4
TOTAL	597	100.0	140	100.0	55	100.0

* FUENTE: Expedientes muestreados.

Tomado de Carolina Martínez Salgado, Op.Cit., p. 199

Problemas específicos del caso mexicano son, en primer lugar la poquísimas información que hay al respecto, lo que ha hecho que las mismas autoridades afirmen que el trabajo de evaluación de las prácticas relativas a la salud mental se vea impedida de ser hecha con objetividad debido a la inexistencia de un "... registro epidemiológico exacto de los fenómenos para poder indicar con certeza los resultados de un programa determinado"³³. La misma Martínez Saigado coloca como otros obstáculos la poca cantidad de indicadores confiables y el problema, al tratar la mortalidad, de la falta de uniformidad de criterio al certificar las defunciones, a lo que se puede agregar el gran número de defunciones sin registro médico y por causas ignoradas que ya se había comentado anteriormente; la misma autora señala además que la mayoría de los datos se refieren en general a toda la población, lo que permite avanzar poco en la determinación de la causación social y de cuales son los grupos específicos que se ven más involucrados en un momento dado³⁴. Lo importante es tener claras estas limitaciones, pero no se puede pedir que se aplacen las investigaciones debido a todos los problemas planteados; la información aunque no sea idónea es la que hay y la que debe ser utilizada mientras no haya otra más fidedigna.

Los principales indicadores que se utilizarán son los de mortalidad, morbilidad y datos hospitalarios varios. Los datos de mortalidad presentan algunas limitaciones en el campo específico de la epidemiología de los trastornos mentales; según los expertos de la OMS : "El análisis de los datos de mortalidad es, por tradición, la primera fase de los estudios epidemiológicos sobre distribución de las enfermedades mortales. Pero sin desconocer el interés clínico de las investigaciones sobre los casos de muerte debidos a suicidio o a parálisis general, considera que las tasas de mortalidad suelen proporcionar escasos datos útiles sobre la frecuencia de los trastornos mentales caracterizados en las diferentes clases sociales o grupos de población de cualquier índole"³⁵. Esto es lógico si se piensa que los trastornos de la patología mental no conducen a la muerte por evolución natural en la mayoría de los casos, pero el rubro de mortalidad por causas violentas y el de cirrosis hepática, utilizados como indicadores indirectos de efectos de la tensión psíquica, son importantes y

pueden ser utilizados para dar una idea de la situación operante.³⁶

El indicador de morbilidad parece ser más indicado para el análisis de salud mental, aunque tiene el problema ya comentado de la dificultad de no tener un sistema universalmente aceptado de clasificación estadística. Por otro lado, en el caso mexicano, no es demasiado amplia la información al respecto.

Los datos obtenidos a partir de registros de hospitales son bastante importantes para evaluar la población cubierta, tipo de asistencia, número de médicos y camas disponibles, ingresos, egresos, reingresos, etcétera.³⁷

3.3.1. Mortalidad.

Yendo en el análisis de lo general a lo particular se puede empezar con algunos datos referentes a América. El cuadro 7 muestra las defunciones en ciertos rubros de enfermedad mental para 10 países americanos, entre los cuales no consta México.

El elaborador del cuadro llama la atención al hecho de que variaciones muy grandes de un año a otro en el mismo país pueden indicar más bien cambios en los registros y no variaciones reales en la prevalencia. Por otro lado, diferencias muy grandes entre algunos países pueden deberse a diferencias en el reconocimiento e identificación de los trastornos.³⁸

El cuadro siguiente, el 8, resume la mortalidad por padecimientos psiquiátricos y neurológicos en la República Mexicana en 1950-1964. Según este cuadro, que amerita serias reservas por todos los factores comentados anteriormente, todos los padecimientos tienden a disminuir en su tasa, excepto el de lesiones vasculares que afectan al sistema nervioso central. Observese los cambios demasiado bruscos en la tasa de deficiencia mental entre los años 1950 y 1951, así como el de todas las demás enfermedades del sistema nervioso central entre los años 1952 y 1953. Infelizmente este cuadro no se presta a comparaciones con el anterior.

CUADRO 7

-Número de defunciones por enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad con tasas por 100,000 habitantes en diez países de las Américas, 1950-1959.*

País	Año	Enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad (300-326)									
		Total		Psicosis (300-309)		Desórdenes psiconeuróticos (310-319)		Trastornos del carácter, de la conducta y de la inteligencia (320-326)			
								Total		Deficiencia mental	
		No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Canadá	1950	471	3,4	276	2,0			195	1,4	91	0,7
	1951	439	3,1	245	1,7			194	1,4	59	0,4
	1952	403	2,8	230	1,6			173	1,2	41	0,3
	1953	491	3,3	245	1,6			246	1,7	85	0,6
	1954	351	2,3	166	1,1			185	1,2	54	0,4
	1955	341	2,2	170	1,1			165	1,1	48	0,3
	1956	399	2,5	191	1,2			208	1,3	79	0,5
	1957	367	2,2	174	1,0			193	1,2	63	0,4
	1958	486	2,9	229	1,4			257	1,5	94	0,6
	1959	479	2,7	222	1,3			257	1,5	128	0,7
Chile	1952	197	3,1	102	1,6	2	0,0	93	1,5	21	0,3
	1953	193	3,0	72	1,1	3	0,0	118	1,8	14	0,2
	1954	274	4,2	82	1,2	3	0,0	189	2,9	13	0,2
	1955	437	6,5	140	2,1	6	0,1	291	4,3	16	0,2
	1956	663	9,5	302	4,3	5	0,1	356	5,1	51	0,7
	1957	435	6,1	197	2,7	5	0,1	233	3,3	34	0,5
	1958	440	6,0	217	3,0	8	0,1	215	2,9	30	0,4
	1959	405	5,4	139	1,9	8	0,1	258	3,4	14	0,2
Colombia	1953	241	2,0	171	1,4			70	0,6	17	0,1
	1954	305	2,4	202	1,6			103	0,8	28	0,2
	1955	267	2,1	180	1,5			81	0,6	19	0,2
	1956	223	1,7	160	1,2			63	0,5	12	0,1
	1957	217	1,6	139	1,1			78	0,6	13	0,1
	1958	337	2,5	240	1,8			97	0,7	23	0,2
	1959	302	2,2	200	1,4			102	0,7	30	0,2
Costa Rica	1952	46	5,4	16	1,9			30	3,5	6	0,7
	1953	67	7,6	18	2,0			49	5,6	7	0,8
	1954	54	5,9	9	1,0			45	4,9	1	0,1
	1955	47	4,9	15	1,5			32	3,4	2	0,2
	1956	45	4,6	7	0,7			38	3,8	7	0,7
	1957	35	3,4	5	0,5			30	2,9	5	0,5
	1958	49	4,5	10	0,9			39	3,6	4	0,4
	1959	33	2,9	5	0,4	1	0,1	27	2,4	3	0,3
	1960	40	3,4	7	0,6	1	0,1	32	2,7	4	0,3
	Ecuador	1954	173	5,0	28	0,8	16	0,4	134	3,8	4
1955		139	3,8	24	0,7	2	0,0	113	3,1	2	0,1
1956		89	2,3	24	0,6	3	0,1	62	1,6	3	0,1
El Salvador	1951	114	6,0	4	0,2			110	5,7	6	0,3
	1952	106	5,3	2	0,1			104	5,2	—	—
	1953	122	5,9	8	0,4			114	5,5	—	—
	1954	122	5,7	1	0,0			121	5,7	1	0,0
	1955	180	8,2	14	0,6			166	7,6	4	0,2
	1956	143	6,5	8	0,3			140	6,2	—	—
	1957	160	6,8	21	0,9			139	5,9	1	0,0
	1958	144	5,9	45	1,8			99	4,1	—	—

CUADRO 7 (Cont.)

País	Año	Enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad (300-326)									
		Total		Psicosis (300-309)		Desórdenes psiconeuróticos (310-318)		Trastornos del carácter, de la conducta y de la inteligencia (320-326)			
								Total		Deficiencia mental	
		No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Estados Unidos	1950	7.080	4,7	2.176	1,5	54	0,0	4.850	3,2	252	0,2
	1951	6.827	4,4	1.843	1,2	64	0,0	4.920	3,2	206	0,1
	1952	6.723	4,3	1.844	1,2	73	0,0	4.806	3,1	200	0,1
	1953	6.425	4,0	1.639	1,0	51	0,0	4.735	3,0	212	0,1
	1954	5.589	3,5	1.209	0,8	51	0,0	4.329	2,7	171	0,1
	1955	3.829	2,0	1.128	0,7	59	0,0	2.142	1,3	138	0,1
	1956	3.384	2,0	1.018	0,6	45	0,0	2.321	1,4	160	0,1
	1957	3.665	2,1	1.143	0,7	61	0,0	2.461	1,4	140	0,1
	1958	4.486	2,6	1.405	0,8	90	0,1	2.991	1,7	415	0,2
	1959	4.396	2,5	1.539	0,9	90	0,1	2.767	1,6	506	0,3
Guatemala	1950	207	7,3	14	0,5	4	0,1	189	6,7	2	0,1
	1951	174	6,0	16	0,6	1	0,0	157	5,4	2	0,1
	1952	215	7,2	14	0,5	6	0,2	195	6,5	1	0,0
	1953	207	6,8	28	0,9	—	—	179	5,9	1	0,0
	1954	218	6,9	20	0,6	3	0,1	195	6,2	—	—
	1955	220	6,8	13	0,4	5	0,2	202	6,2	—	—
	1956	222	6,6	16	0,5	3	0,1	203	6,1	—	—
	1957	215	6,2	14	0,4	3	0,1	198	5,7	—	—
	1958	241	6,8	9	0,3	1	0,0	231	6,5	1	0,0
	1959	231	6,3	6	0,2	2	0,1	223	6,1	4	0,1
Honduras	1955	59	3,6	—	—	—	—	59	3,6
	1956	28	1,6	—	—	—	—	28	1,6
Venezuela	1950	249	5,0	134	3,7	4	0,1	111	2,2	7	0,1
	1951	195	3,8	108	2,1	2	0,0	85	1,7	3	0,1
	1952	207	3,9	123	2,4	4	0,1	75	1,4	4	0,1
	1953	159	2,9	89	1,6	2	0,0	68	1,3	8	0,1
	1954	182	3,2	96	1,7	11	0,2	75	1,3	4	0,1
	1955	167	2,9	84	1,5	6	0,1	77	1,3	8	0,1
	1956	164	2,7	86	1,4	6	0,1	72	1,2	9	0,2
	1957	168	2,7	97	1,6	5	0,1	66	1,0	7	0,1
	1958	170	2,7	77	1,2	4	0,1	89	1,4	11	0,2
	1959	152	2,3	65	1,0	3	0,0	84	1,3	9	0,1
	1960	143	2,0	72	1,0	2	0,0	69	1,0	16	0,2

* Tasas crudas sin ajustar por diferencias de edad.

... Datos no disponibles.

— Ninguno.

Tomado de Jorge Velazco A., Op.Cit., p. 499

MORTALIDAD POR PADECIMIENTOS PSIQUIATRICOS Y NEUROLOGICOS EN LA REPUBLICA MEXICANA — 1950-1964

Diagnósticos	AÑOS CALENDARIO															
	COEFICIENTE POR 100,000 HABITANTES															
	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	
Psicosis	1.3	1.5	1.3	1.4	0.9	0.9	1.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	
Psicosis y trastornos de la personalidad	8.5	7.5	6.8	6.4	6.0	5.8	5.8	5.2	5.7	5.5	5.4	4.6	4.2	4.3	4.6	
Deficiencia mental	4.4	0.2	0.1	0.03	0.04	0.1	0.1	0.06	0.04	0.01	0.03	0.03	0.03	0.1	0.1	
Lesiones vasculares que afectan al sistema nervioso central	12.3	15.9	16.2	17.1	17.4	17.7	19.4	20.2	19.6	19.1	20.0	20.8	21.2	21.9	22.9	
Meningitis no meningocócica	6.3	6.6	5.8	5.9	5.1	5.1	4.4	4.8	4.5	4.7	4.6	4.6	4.7	4.4	4.7	
Epilepsia	3.4	3.8	3.2	3.1	2.9	2.6	3.0	3.4	3.2	3.2	2.9	3.0	2.5	2.6	2.4	
Esclerosis múltiple	0.1	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	
Todas las demás enfermedades del sistema nervioso central	28.1	24.9	22.1	9.3	7.1	9.1	4.7	5.1	4.6	4.5	4.2	4.2	4.3	4.1	4.1	
Encefalitis infecciosa aguda	?	?	?	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	0.3	
Infección meningocócica	?	?	?	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	

Fuente: Dirección de Biostatística de la S.S.A.

En términos más recientes y específicos se presenta el cuadro 9 para mortalidad general en el D.F., Observese el lugar que ocupa, 5^a puesto, los accidentes, envenenamientos y violencias y la alta tasa que significa. La cirrosis hepática ocupa el 7^a puesto. Sobre el significado de las muertes violentas como indicador de trastorno mental, un asesor regional en Salud Mental de la Oficina Panamericana de Salud (OPS) dice: "Las muertes violentas no son necesariamente la expresión de desequilibrios psicológicos, pero es innegable que los factores psicológicos tienen un papel importante, hasta tal punto que su distribución, frecuencia y estilo reflejan, a manera de barómetro, el nivel de salud de las poblaciones. En América Latina las muertes violentas son muy frecuentes, tanto las autoinfligidas como las provocadas voluntariamente por terceros, y por accidentes"³⁹. No es, entonces, nada despreciable la información que este ítem ofrece.

Adelantando un poco más en este sentido se puede observar el cuadro 10 que agrupa los datos de mortalidad por cirrosis hepática alcohólica, y por causas violentas en el D.F., para los años 1968-1977. La gráfica 1 resume las tendencias de este cuadro. La autora de este cuadro y gráfica, C. Martínez S., busca establecer una relación entre los períodos de crisis económica en México y el comportamiento de estos índices indirectos de "enfermedad mental". Las conclusiones generales a las que llega la autora, a partir de estos cuadros son las siguientes: "Las muertes violentas en general habían ido descendiendo desde el principio del período estudiado hasta 71. En ese año, caracterizado por una recesión económica grave en el país, se inicia un ascenso, y en 72 se da la cifra más alta del período. Vuelve a haber una elevación menor en 74 (año previo a la recesión de 75-76), y de nuevo en 76"⁴⁰, además, afirma: "En realidad, parece ser que los años críticos propiamente no registran aumentos en la mortalidad por causas violentas, sino que es hasta el año siguiente (y en el caso de la recesión de 75 también el año previo que es 74) cuando parecen los efectos de aquellas"⁴¹.

El cuadro 11 agrupa estos mismos datos según sexo y edad, y los cuadros 12 y 12 A lo hacen según la ocupación para los últimos años.

Cuadro 9

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS
DE DEFUNCION EN EL DISTRITO FEDERAL.
1974.

NO.	CAUSAS DE DEFUNCION	CLAVE O.M.S.	NUMERO DE DEFUNCIONES	TASA ^o
	TODAS LAS CAUSAS	000 - E999	52 767	6.4
1	NEUMONIAS, INFLUENZA Y OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.	460 - 466 470 - 474 480 - 486	6 397	101.2
2	ENFERMEDADES DEL CORAZON.	393 - 429	5 663	66.3
3	ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS.	006,009	8 229	65.4
4	CAUSAS DE MORBILIDAD Y DE LA MORTALIDAD PERINATALES.	760 - 779	5 059	61.0
5	ACCIDENTES, ENVENENAMIENTO Y VIOLENCIAS.	E800 - E899	4 552	54.6
6	TUMORES MALIGNOS.	140 - 209	3 823	46.1
7	CIRROSIS HEPATICA.	571	3 444	41.8
8	DIABETES MELLITUS.	250	2 556	30.8
9	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES.	430 - 439	2 480	29.5
10	NEFRITIS Y NEFROSIS	560 - 564	900	10.8

NOTA: LA MORTALIDAD GENERAL ESTA CALCULADA POR 1,000 Y LA ESPECIFICA POR 100,000.

Fuente: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1974.
Dirección de Bioestadística, SSA, 1976.

Tomado de Ramón de la Fuente, Op.Cit., p. 9

MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA Y CAUSAS VIOLENTAS, D.F. 1968-77.*

Año	Cirrosis Hepática, Alcohólica		M U E R T E S V I O L E N T A S								
	No.	Tasa (1)	Total		Homicidios		Suicidios		Acc. de vehículo - motor		Otros accidentes y lesiones
			No.	Tasa (1)	No.	Tasa (2)	No.	Tasa (2)	No.	Tasa (2)	No.
68	1624	2.5	3834	5.9	684	10.5	154	2.4	1678	25.8	1318
69	1771	2.6	3908	5.8	525	7.8	152	2.2	1165	17.3	2066
70	1943	2.7	4055	5.6	665	9.2	235	3.3	1238	17.1	1917
71	1866	2.5	4141	5.5	652	8.7	195	2.6	1514	20.2	1780
72	1887	2.4	4635	6.0	872	11.2	208	2.7	1658	21.4	1897
73	1624	2.0	4146	5.2	764	9.5	203	2.5	1488	18.5	1691
74	1518	1.8	4552	5.5	810	9.7	248	3.0	1902	22.8	1592
75	1336	1.5	4501	5.2	504	5.8	129	1.5	1515	17.5	2353
76	n.d		4819	5.4	754	8.4	326	3.6	2508	28.0	1231
77	nd		4980	5.4	861	9.3	357	3.8	2606	28.2	1156

(*) FUENTE: Estadísticas vitales para el D.F., Dirección General de Bioestadística, S.S.A. Para muertes por causas violentas en 76 y 77, estadísticas del Servicio Médico Forense del D.F.

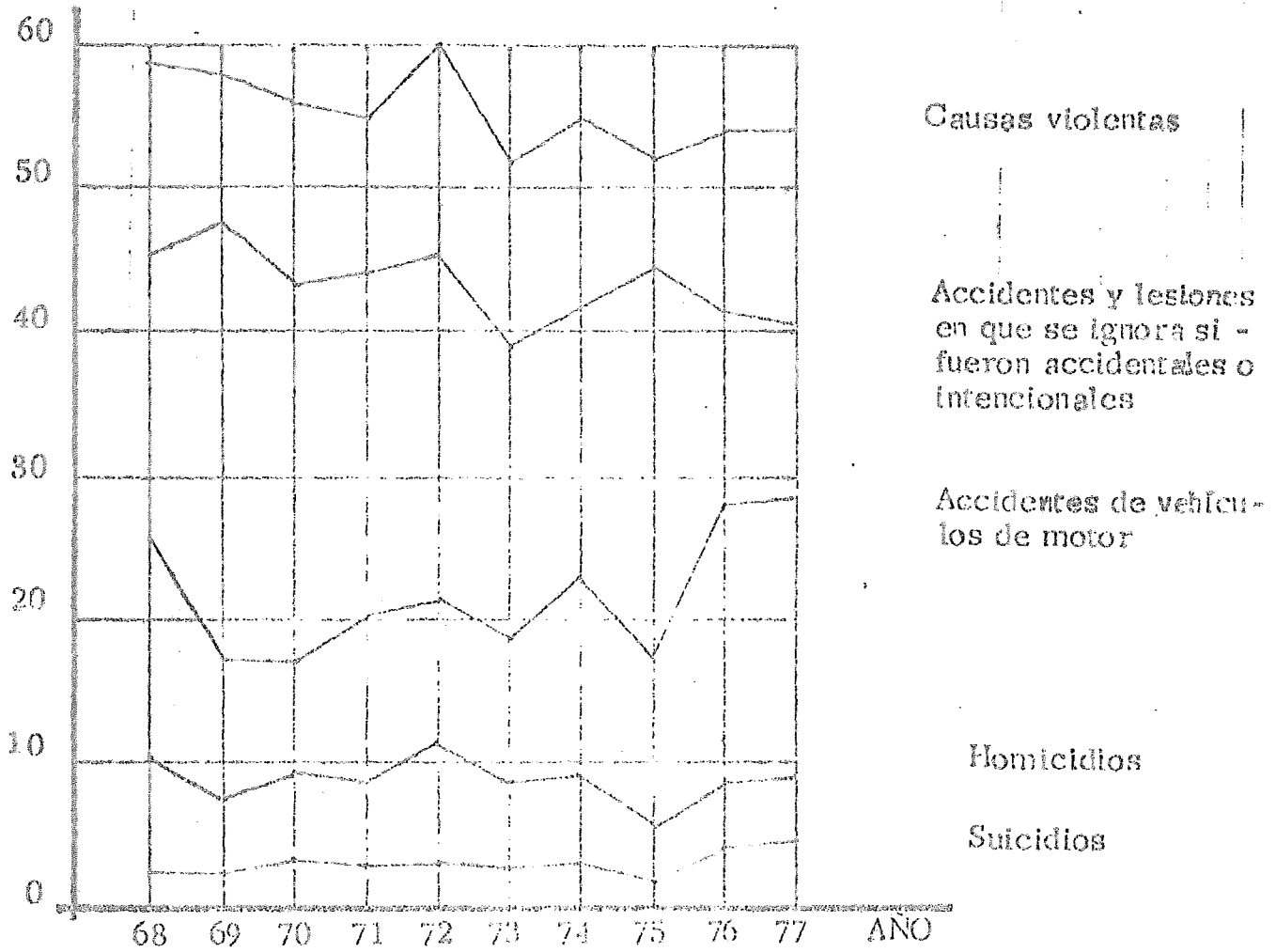
(1) Tasas por 10 000 hab.

(2) Tasas por 100 000 hab.

(3) Incluye lesiones en que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas.

GRAFICA 1. MORTALIDAD POR CAUSAS VIOLENTAS.
D.F., 1968 - 77

as por 100 000 hab.



FUENTE: Oficina de Estadísticas, Servicio Médico Forense del D.F.

Tomada de C.Martinez S., Op.Cit., p.157

CUADRO 11. Tomado de C.M. Martínez S., Op.Cit., p. 157

MORTALIDAD POR CAUSAS VIOLENTAS, D.F. 68-75. TASAS ESPECIFICAS. (1) POR EDAD Y SEXO. (*)

CAUSA		HOMICIDIOS					SUICIDIOS					ACCIDENTES DE VEHICULO MO			
AÑO	S	-14 años	15-44	45-64	65 y +	Total	- 14	15 - 44	45 - 64	65 y +	Total	- 14	15-44	45-64	65 y +
	M	2.0	77.4	11.5	1.8	92.7	0.3	13.3	2.6	2.0	18.7	29.9	107.0	49.7	19.2
	F	2.0	8.6	1.5	0.2	12.3	0.3	3.9	0.6	0.2	4.9	13.8	12.7	10.3	10.4
68	T	4.0	86.0	13.0	2.0	105.0	0.6	17.5	3.2	2.2	23.6	43.7	124.2	60.0	29.6
	M	2.2	58.0	9.6	1.2	71.0		13.6	3.0	1.6	18.2	21.2	75.3	29.9	12.1
	F	1.0	8.3	0.4	0.4	10.1		3.7	0.6		4.3	6.4	11.4	7.0	9.3
69	T	3.2	66.3	10.0	1.6	81.1		17.3	3.6	1.6	22.5	27.6	86.7	36.9	21.4
	M	3.0	67.3	10.1	2.8	83.2		17.3	4.6	1.9	23.8	26.3	66.9	25.5	14.4
	F	1.8	5.4	1.2	0.4	8.8		7.1	1.7		8.8	11.1	11.6	6.2	9.4
70	T	4.8	72.7	11.3	3.2	92.0		24.4	6.3	1.9	32.6	37.4	78.5	31.7	23.6
	M	3.9	61.7	9.4	1.3	76.3		15.3	4.3	1.5	21.6	29.7	77.5	30.0	15.8
	F	2.0	6.5	0.8	0.7	10.0		3.7	0.7	0.1	4.5	13.4	14.2	8.8	13.0
71	T	5.9	68.2	10.2	2.0	86.3		19.5	5.0	1.6	26.1	43.1	91.7	38.8	28.8
	M	3.4	77.3	15.2	3.7	99.6		15.3	4.0	2.3	21.6	30.3	82.9	33.8	17.3
	F	1.4	8.1	1.9	1.3	12.7		3.9	0.8	0.5	5.2	13.0	17.0	9.4	10.0
72	T	4.8	85.4	17.1	5.0	112.4		19.2	4.8	2.8	26.8	43.3	99.9	43.2	27.3
	M	3.2	62.4	13.2	4.1	89.2		13.9	4.2	2.2	20.3	25.1	69.6	25.6	16.2
	F	1.0	8.2	1.9	1.0	12.1		3.9	1.3	0.2	5.3	13.7	17.9	8.3	10.6
73	T	4.2	70.6	15.1	5.1	95.0		17.7	5.5	2.4	25.6	38.8	87.5	33.9	26.8
	M	2.3	67.8	11.8	2.9	84.8		15.0	1.7	0.8	20.5	28.3	89.4	30.8	20.6
	F	0.6	8.0	3.0	1.0	12.6		4.1		0.5	4.6	14.6	20.5	10.8	13.3
74	T	2.9	75.8	14.8	3.9	97.4		22.1	1.7	1.3	25.1	42.9	109.0	41.6	22.5
	M	1.4	41.8	7.5	1.5	52.2		8.0	2.0	0.8	10.8	14.6	41.6	16.6	10.0
	F	0.6	8.0	3.0	1.0	12.6		4.1		0.5	4.6	14.6	20.5	10.8	13.3

CUADRO 11. Tomado de C. Martínez S., Op.Cit., p. 157

DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES VIOLENTAS EN EL D.F. SEGUN OCUPACION, 75-77. *

No	Ocupación.	Total	Indice (**)	Homicidios	Indice	Suicidios	Indice	Accidentes Tránsito.	Indice	Otros - Accidentes	Indice
	Obreros (1)	869	19	189	25	40	14	441	18	219	18
	Empleados	451	10	80	10	23	8	272	11	76	8
	Comerciantes y Artesanos	251	5	57	7	24	8	133	6	37	3
	Camposinos	168	4	21	3	3	1	97	4	47	4
	Técnicos	61	1	51	7	10	2				
	Profesionistas	110	2	21	3	20	7	59	3	10	1
	Fuera del mercado de Trabajo (2)	1535	33	141	18	80	23	742	31	572	45
	Grupos S/D	1152	25	202	26	68	30	634	27	221	19
25	TOTAL	4617	100	762	100	288	100	2378	100	1118	100
	Obreros (1)	891	19	174	23	35	12	435	18	245	21
	Empleados	625	13	116	15	65	23	359	15	94	8
	Comerc. y Artesanos	233	5	55	7	17	6	158	6	28	3
	Camposinos	147	3	27	3	7	2	72	3	31	3
	Técnicos	35	1	30	4						
	Profesionistas	91	2	12	2	15	5	54	3	10	1
	Fuera del mercado de Trabajo (2)	1701	36	137	18	109	35	894	38	600	53
	Grupos S/D	1205	26	202	27	86	30	564	24	218	19
3	TOTAL	4819	100	751	99	326	113	2508	105	1201	100
	Obreros (1)	966	21	207	27	45	14	501	21	285	24
	Empleados	595	13	139	18	73	23	289	12	69	6
	Comerc. y Artesanos	234	5	55	7	25	9	122	5	31	3
	Camposinos	168	4	31	4	2	1	87	4	37	4
	Técnicos	40	1	44	6						
	Profesionistas	81	2	15	2	14	5	42	2	13	1
	Fuera del mercado de Trabajo (2)	1719	37	143	19	120	42	891	37	560	47
	Grupos S/D	1243	25	222	29	77	27	669	27	275	23
7	TOTAL	4914	100	861	113	357	124	2608	110	1135	97

FUENTE: Oficina de Estadísticas, Servicio Médico Forense del D.F.

(1) Incluye: Albañiles, choferos, maniceros, estibadores y obreros jubilados.

(2) Incluye: Amas de casa, cocineras, menores, estudiantes y desempleados.

(**) Año índice: 1975.

CUADRO 12. Tomado de C.Martinez S., Op.Cit., p. 158

CUADRO 12 A
 Tomado de C. Martínez J.
 Op. Cit., p. 158.

MUERTES VIOLENTAS EN EL D.F., 75-77. INDICES POR OCUPACION.*

Ocupación	M. V. en General			Homicidios			Suicidios			Accid. Tránsito			Otros		
	75	76	77	75	76	77	75	76	77	75	76	77	75	76	77
Total	100	104	108	100	99	113	100	113	124	100	105	110	100	103	107
Libres	19	19	21	25	23	27	14	12	16	18	18	21	18	21	20
Empleados	10	13	13	10	15	18	8	23	25	11	15	12	8	8	7
Comerciantes y pequeños	5	5	5	7	7	7	8	6	9	6	6	5	3	2	3
Empresarios	4	3	4	3	3	4	2	1	1	4	3	4	4	3	4
Profesionistas	2	2	2	3	2	2	7	5	5	3	3	2	1	1	1
Parera del hogar - sin trabajo	38	38	37	18	18	19	28	35	42	31	38	37	37	30	47

-179-

3.3.1.1. Homicidio

Altas tasas de muerte por homicidio son un problema general para toda América Latina, hasta el punto en que en esta región se registran las tasas más altas del mundo en este rubro, alcanzando niveles de más de diez homicidios por cada cien mil habitantes. En 1972 sólo ocho países de América Latina tenían tasas inferiores a 5 por 100.000 habitantes.⁴²

El cuadro 13 permite apreciar el desarrollo de las tasas de homicidio y suicidio para la República Mexicana en 1975. Según esta información de 1954 a 1975 la tasa ha disminuido en más de la mitad.

Cuadro 13

HOMICIDIOS Y SUICIDIOS EN LA REPUBLICA MEXICANA — 1954 - 1963

Años	Población general	SUICIDIOS	HOMICIDIOS
		Tasa por 100,000 habitantes	Tasa por 100,000 habitantes
1954	28,853,428	1.5	38.3
1955	29,679,415	1.7	36.2
1956	30,538,050	1.7	35.5
1957	31,426,190	1.5	34.5
1958	32,347,698	1.5	31.6
1959	33,304,253	1.7	33.8
1960	34,923,129	1.5	31.9
1961	36,091,006	1.6	29.3
1962	37,233,227	1.6	25.5
1963	38,416,043	1.6	29.4

Fuente: Datos básicos de los anuarios estadísticos, S.I.C., elaborados en forma de coeficientes en la Dirección de Salud Mental, S.S.A.

Tomado de H. Cabildo, "Consideraciones sobre...", Op.Cit., p. 507.

Sin embargo esta tasa todavía es muy alta al compararse con otros países de América. En 1960, México ocupaba el segundo lugar entre 16 países Americanos.

*—El homicidio en algunos países americanos, 1959 ó 1960—Tasas por 100,000 habitantes.**

CUADRO 14

Lugar	País	Tasa
1	Colombia	39.9
2	México	31.8
3	El Salvador	30.7
4	Nicaragua	19.8
5	Paraguay	19.4
6	Cuba	15.6
7	Guatemala	5.8
8	Venezuela	7.7
9	Chile	6.9
10	Panamá	5.6
11	República Dominicana	5.0
12	Estados Unidos	4.6
13	Uruguay	4.3
14	Costa Rica	3.2
15	Perú	1.7
16	Canadá	1.1

Tomado de Jorge M. Velasco, Op.Cit., p. 501

Fuente: Publicación Científica 64 de la OPS/OMS.

Según el cuadro 15, la tasa de homicidios en México, para 1974 es seis veces mayor que la de Cuba y dos y media veces mayor que en los EE.UU.

CUADRO 15

TASAS DE MORTALIDAD, AJUSTADAS POR EDAD, DEBIDAS A ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS, EN CUBA, ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO, ALREDEDOR DE 1975*

Tipo de accidente o violencia	Cuba (1975)	EE.UU. (1975)	México (1974)
Accidentes de vehículos de motor	11.0	19.5	16.2
Suicidio	15.2	9.5	2.3
Homicidio	4.0	8.9	24.3
Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas	1.6	1.9	11.0
Otros accidentes	19.8	20.7	35.1
TOTAL	51.6	59.5	90.9

* Tasas calculadas por 100 000 habitantes

Tomado de López Acuña, Op.Cit., p. 68

Fuente: misma del cuadro 2, sección 2.1.

En los cuadros 10, 11, 12 y 12 A, se puede apreciar las fluctuaciones de las tasas de homicidio en el D.F., así como su distribución por edad, sexo y ocupación. Las conclusiones de la autora son: "Con tendencia a elevarse de 69 a 72, descienden de 72 a 75 y nuevamente se elevan por 77. Una vez más, los años recesivos 71 y 75 son el inicio de elevaciones bruscas de la curva, de manera que las cifras en 76 y 76 son de las más altas del período"⁴³. Los obreros son los más afectados, y más si a ellos se les suman los empleados.

3.3.1.2. Suicidio

Al empezar proporcionando datos sobre la situación americana se puede observar el muy bajo lugar que México ocupa en las tasas de suicidio. Según el cuadro 16, México ocupaba el décimo cuarto lugar con una tasa de 1.7 por 100.000 hab.

CUADRO 16

Tomado de J. Velasco, Op. Cit.,
p. 502.

-El suicidio en algunos países
americanos, 1969 ó 1960—Tasas por 100.000 ha-
bitantes.*

Lugar	País	Tasa
1	Cuba	16,0
2	El Salvador	11,4
3	Uruguay	10,9
4	Estados Unidos	10,5
5	Canadá	7,6
6	Chile	7,6
7	Venezuela	5,8
8	Panamá	4,9
9	Guatemala	3,2
10	Colombia	2,9
11	Paraguay	2,4
12	Perú	2,1
13	Costa Rica	2,1
14	México	1,9
15	República Dominicana	1,7
16	Nicaragua	0,9

* Tomado de la Publicación Científica No. 64
de la OPS/OMS, Washington, D. C., julio, 1962.

Otros datos referentes a América para los años 1969 -
1972 permiten observar que, en México, la más alta tasa se da
en el grupo de 15-24 años y, en adelante, para los siguientes
grupos de edad, presenta una tendencia constante a decrecer.

CUADRO 17

Distribución porcentual por grupos de edad del total de suicidios en 18 países de
América (1969-1972).

Países	Grupos de edad							
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Argentina	1	18	17	16	16	15	12	7
Colombia	3	36	25	15	9	6	4	1
Costa Rica	2	36	22	14	14	2	9	3
Cuba	1	21	17	14	13	15	11	9
Chile	3	32	23	15	11	9	5	2
Ecuador	0	41	24	13	11	6	3	2
El Salvador	0	41	26	13	11	6	3	1
Guatemala	2	34	27	17	9	7	3	1
México	0	34	22	14	11	9	7	4
Nicaragua	0	50	35	10	0	5	0	0
Panamá	0	30	19	19	11	11	5	5
Paraguay	7	22	24	11	16	11	7	2
Perú	7	22	24	11	16	11	7	2
República Dominicana	4	37	18	17	12	5	5	3
Uruguay	2	15	14	16	15	18	13	7
Venezuela	4	34	18	15	13	9	5	2
Canadá	1	19	18	19	20	14	7	4
Estados Unidos	1	14	15	16	20	17	11	7

Tomado de R. González Uzcategui, Op. Cit., p. 98.

En el ya presentado cuadro 14 se observa que en 1975 , México mantiene una baja tasa (2.3) mientras que las EE.UU. y Cuba son muy elevadas, 9.5 y 15.2, respectivamente.

Habrían dos hipótesis para explicar esta baja tasa en el caso mexicano. La primera, defendida por Cabillo⁴⁴, quien afirma que se debe a la dirección de la agresividad que en México se vuelca hacia el exterior (de ahí las altas tasas de homicidio) , es decir que habría una tendencia inversa homicidio-suicidio, de tal forma que a mayor tasa de homicidio menor de suicidio, o lo inverso. Como quiera que sea, esta hipótesis no es generalizable a otros países de América Latina⁴⁵.

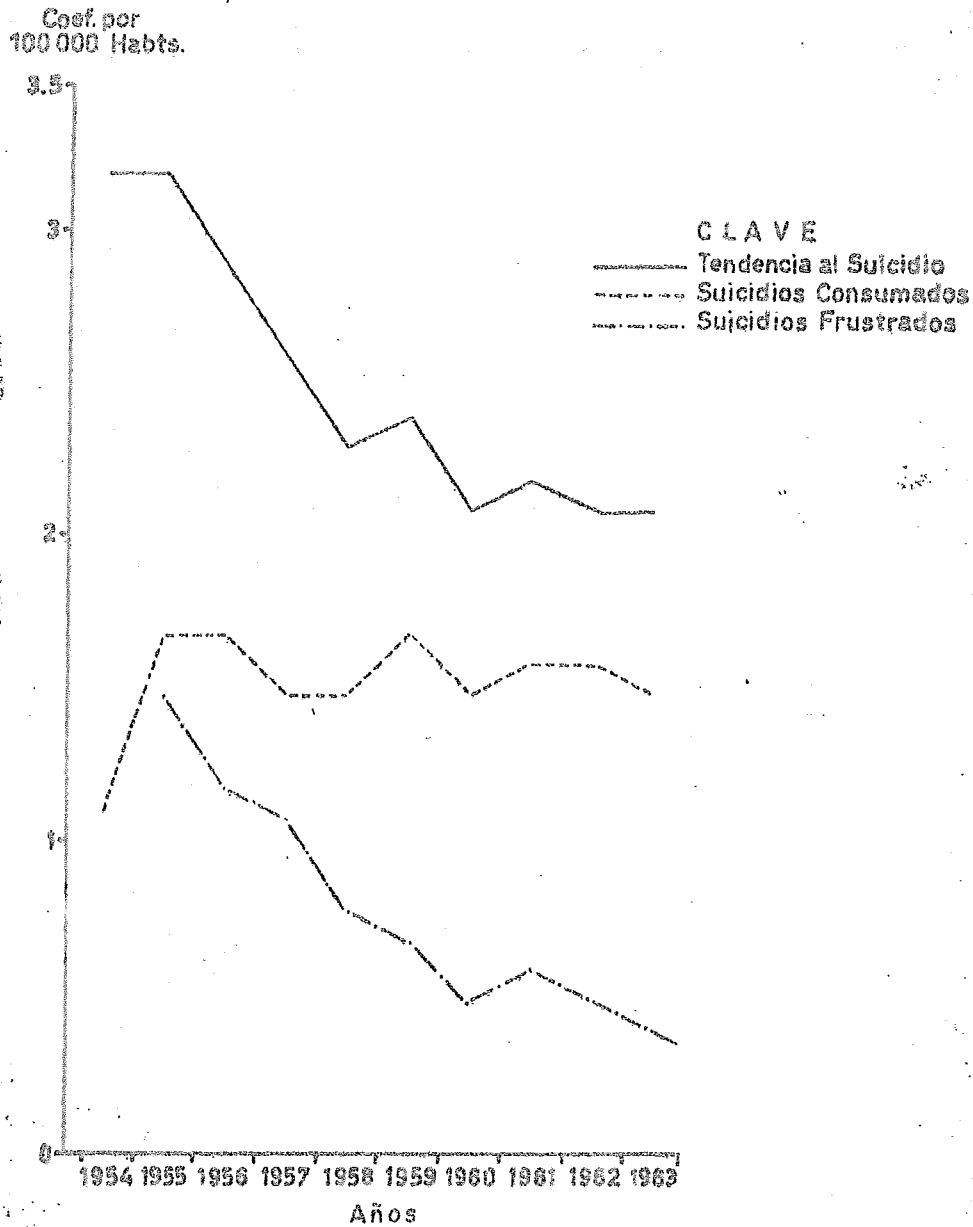
La otra hipótesis es la que formula López Acuña que simplemente duda de la veracidad de la información al respecto. Dice: "El suicidio, inexplicablemente, tiene una tasa bajísima en comparación con los otros dos países (Cuba y los EE.UU.). Esto bien podría corresponder a las deficiencias y corrupción del registro de las muertes, al ocultamiento de casos que ameritarían intervención legal y autopsia, o a que buena parte de los fenómenos de suicidio son clasificados dentro del rubro de lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas. Estas últimas tienen en México una tasa de mortalidad de 6 a 7 veces mayor que las de Estados Unidos y Cuba (Cfr. Cuadro 15)"⁴⁶.

Se presentan a continuación una serie de cuadros y gráficas que indican la situación del suicidio en la República Mexicana desde 1954 a 1969. Una aclaración es importante hacer de algunos de los rubros que aparecen en los cuadros; según el Dr. Cabillo, suicidio es "...todo acto que una persona realiza con la idea de que le cause la muerte. Si el acto efectivamente da origen a la muerte, se habla de suicidio consumado ; de lo contrario, se habla de suicidio frustrado, y la suma de ambos la denominaremos tendencia suicidógena"⁴⁷.

Según la gráfica 2 la tendencia al suicidio presenta una constante baja, pero más a expensas de los suicidios frustrados que de los consumados.

GRAFICA 2

Tendencia al suicidio en la República Mexicana — 1954 - 1963



Fuente: Dirección de Salud Mental. S.S.A.

Tomada de H.Cabildo y H.Elorriaga, Op.Cit., p. 442

Los cuadros 18 y 19 resumen los datos de la gráfica 2 para el período de 1954 a 1963.

CUADRO 18

TENDENCIA SUICIDOGENA EN LA REPUBLICA MEXICANA -- 1954-1963

Año	Población general	Número de casos	Coef. por 100,000 habitantes
1954	28,853,128	936	3.2
1955	29,679,415	949	3.2
1956	30,538,050	877	2.9
1957	31,126,190	816	2.6
1958	32,347,698	751	2.3
1959	33,304,253	805	2.4
1960	34,923,129	731	2.1
1961	36,091,006	778	2.2
1962	37,233,227	789	2.1
1963	38,416,043	807	2.1
Total:		8,239	2.5

CUADRO 19

SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS EN LA REPUBLICA MEXICANA -- 1954-1963

Año	Consumados	Coef. por 100,000 habitantes	Frustrados	Coef. por 100,000 habitantes
1954	452	1.5	484	1.7
1955	517	1.7	432	1.5
1956	517	1.7	360	1.2
1957	484	1.5	332	1.1
1958	492	1.5	259	0.8
1959	570	1.7	285	0.9
1960	540	1.5	191	0.6
1961	579	1.6	199	0.6
1962	611	1.6	178	0.5
1963	610	1.6	197	0.5
Total:	5,372	1.6	2,867	0.9

Fuente: Dirección de Salud Mental de la S.S.A.

Fuente: Dirección de Salud Mental de la S.S.A.

Tomados de H.Cabildo y H.Elorriaga, Op.Cit., p.443

El cuadro 20 (página siguiente) permite observar, en términos absolutos, un incremento de 30.5% aunque la tasa se mantiene más o menos constante debido al aumento de la población.

El cuadro 21 presenta los suicidios según el sexo, para los años 1954-1963.

CUADRO 21

TASAS DE SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS SEGUN SEXO, EN LA REPUBLICA MEXICANA -- 1954-1963 *

Año	Población **	HOMBRES			MUJERES		
		Consumados	Frustrados	Total	Consumados	Frustrados	Total
1954	14,584,287	2.4	1.2	3.6	0.6	2.0	2.6
1955	15,056,125	2.6	0.9	3.5	0.8	1.8	2.6
1956	15,527,963	2.6	0.9	3.5	0.6	1.3	1.9
1957	15,999,801	2.4	0.8	3.2	0.6	1.2	1.8
1958	16,471,639	2.3	0.6	2.9	0.7	1.0	1.7
1959	16,943,477	2.7	0.5	3.2	0.7	0.8	1.5
1960	17,415,315	2.4	0.4	2.8	0.7	0.7	1.4
1961	17,887,153	2.6	0.5	3.1	0.7	0.6	1.3
1962	18,358,991	2.6	0.5	3.1	0.6	0.5	1.1
1963	18,832,829	2.6	0.5	3.1	0.6	0.6	1.2
Total:		2.5	0.6	3.2	0.6	1.1	1.7

Fuente: Dirección de Salud Mental de la S.S.A.

* Tasas calculadas por 100,000 habitantes.

** Población calculada por el método aritmético.

Tomado de H.Cabildo y H.Elorriaga, Op.Cit., p. 443.

TENTATIVAS DE SUICIDIO (CONSUMADOS Y FRUSTRADOS) SEGUN SEXO

REPUBLICA MEXICANA

1960 — 1969

Año	Consumados						Frustrados						Tentativas						Promedio anual
	H	%	M	%	Total	%	H	%	M	%	Total	%	H	%	M	%	Total	%	
1960	426	5.0	114	1.4	540	6.4	68	0.8	123	1.5	191	2.3	494	5.9	237	2.8	731	8.7	
1961	457	5.4	122	1.4	579	6.8	86	1.0	113	1.4	199	2.4	543	6.4	235	2.8	778	9.2	
1962	489	5.8	127	1.4	611	7.2	81	1.0	97	1.1	178	2.1	570	6.8	219	2.5	789	9.3	
1963	489	5.8	121	1.4	610	7.2	85	1.0	112	1.3	197	2.3	574	6.8	233	2.8	807	9.6	
1964	490	5.8	126	1.5	616	7.3	76	0.9	119	1.4	195	2.3	566	6.7	245	2.9	811	9.6	
1965	577	6.1	141	1.8	658	7.8	79	10.9	97	1.1	156	2.0	596	7.0	238	3.0	834	9.9	
1966	507	6.0	135	1.6	642	7.6	75	0.9	126	1.4	195	2.3	582	6.9	255	3.0	837	9.9	
1967	583	6.9	158	1.9	741	8.8	74	0.9	127	1.5	201	2.4	657	7.8	285	3.4	942	11.2	
1968	577	6.8	177	2.1	754	8.9	79	0.9	123	1.5	202	2.4	656	7.8	300	3.5	956	11.3	
1969	624	7.4	124	1.4	748	8.8	68	0.8	138	1.7	206	2.5	692	8.2	272	3.1	954	11.3	
TOTAL	5,159	61.1	1,370	15.9	6,499	77.0	771	9.1	1,169	13.9	1,910	23.0	5,930	70.2	2,509	29.8	8,139	100.0	843.9

Tomado de H. Florriaga, "Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969", en SPM, Época V, Vol. XIV número 4, julio-agosto de 1972, p. 491.

Según el cuadro 21 los hombres tienen una mayor tendencia suicidógena y sus intentos de suicidio conducen más a la muerte que los intentos femeninos.

El siguiente cuadro 22 permite apreciar que el grupo de edad de los 15 a 30 años es el más afectado.

CUADRO 22

TASAS DE SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS SEGUN GRUPOS DE EDAD AJUSTADOS A LA POBLACION PROMEDIO DE ESOS GRUPOS EN LA REPUBLICA MEXICANA — 1954-1963 *

Grupos de edad	Población Prom. en el período	Casos anuales Prom. en el período	Coef.
Hasta 14 años	14,710,216	25	0.1
15-19	3,361,384	132	3.9
20-24	2,795,606	153	5.5
25-29	2,396,231	105	4.3
30-34	1,963,580	76	3.9
35-39	1,830,456	67	3.6
40-49	2,462,796	80	3.2
50-59	1,763,894	65	3.6
60 y más	1,930,299	66	3.4

Fuente: Dirección de Salud Mental de la S.S.A.

* En este cuadro se excluyen 51 casos cuya edad se ignora.

Tomado de H.Cabildo y H.Elorriaga, Op.Cit, p. 444.

CUADRO 23

TASAS DE SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS EN OCUPACION AJUSTADAS A LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA, EN LA REPUBLICA MEXICANA — 1960

Ocupación	Población económicamente activa	Número de casos	Coef.
Libre	6,144,930	163	2.7
Profesionales	2,147,963	98	4.6
Funcionarios	357,057	17	4.8
Intelectuales	1,074,593	126	11.7
Artesanos	1,411,437	197	14.0
Mixtos	114,245	12	10.5
Indefinido	81,791	6	7.3
Total	23,591,113	112	0.5

Fuente: Dirección de Salud Mental de la S.S.A. Coeficiente por 100,000 habitantes.

CUADRO 24

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS SEGUN CAUSAS, EN LA REPUBLICA MEXICANA — 1954-1963

Causas	Casos	%	Consumados	Frustrados
Disgustos de familia	1,566	19.01	6.97	12.04
Amorosas	991	12.03	6.15	5.88
Dificultades económicas	601	7.29	4.25	3.04
Bemotéritos	149	1.80	1.03	0.77
Enfermedades orgánicas	1,098	13.32	10.27	3.05
Intoxicación alcohólica	552	6.70	5.07	1.63
Trastornos mentales	392	4.76	3.91	0.85
Intoxicación por enervantes	100	1.22	0.58	0.64
Otras causas	1,225	14.87	12.00	2.87
Se ignora	1,565	19.00	14.08	4.92
Total	8,239	100.00	63.21	19.79

Fuente: Dirección de Salud Mental de la S.S.A.

Tomados de H.Cabildo y H.Elorriaga, Op.Cit., p.446

CUADRO COMPARATIVO DE TENTATIVAS DE SUICIDIO (CONSUMADOS Y FRUSTRADOS) SEGUN CAUSAS Y SEXO
REPUBLICA MEXICANA

1960—1969

CAUSAS	1960										1969									
	H	Consumados %	M	%	H	Frustrados %	M	%	Total	%	H	Consumados %	M	%	H	Frustrados %	M	%	Total	%
Amorosas	39	5.3	18	2.5	13	1.8	22	3.0	92	12.6	36	3.6	15	1.6	7	0.8	22	2.4	80	8.4
Dificultades económicas	37	5.1	2	0.3	8	1.1	8	1.0	55	7.5	33	3.5	—	0.0	4	0.4	8	0.8	45	4.7
Disgustos familiares	40	5.5	15	2.1	7	0.9	55	7.5	117	16.0	58	6.1	19	2.0	8	0.8	65	6.8	150	15.7
Enfermedades graves e incurables	60	8.2	17	2.3	7	1.0	11	1.5	95	13.0	77	8.1	18	1.9	9	0.9	8	0.8	112	11.7
Enajenación mental	21	2.9	9	1.2	3	0.4	3	0.4	36	4.9	43	4.6	7	0.7	3	0.3	4	0.4	57	6.0
Intoxicación por alcohol	44	6.0	2	0.3	7	1.0	1	0.1	54	7.1	44	4.6	2	0.2	7	0.8	—	0.0	53	5.6
Intoxicación por drogas enervantes	3	0.4	2	0.3	—	0.0	—	0.0	5	0.7	2	0.2	2	0.2	1	0.1	1	0.1	6	0.6
Remordimiento	7	1.0	1	0.1	7	1.0	2	0.2	17	2.3	9	1.0	2	0.2	2	0.2	—	0.0	13	1.4
Otras *	8	1.1	4	0.5	8	1.1	15	2.1	35	4.8	317	33.2	58	6.1	27	22.8	27	2.8	429	44.9
Se ignora *	167	22.8	44	6.0	8	1.0	6	1.0	225	30.8	5	0.5	1	0.1	—	0.0	3	0.4	9	1.0
TOTAL:	426	58.3	114	15.6	68	9.3	123	16.8	731	100.0	624	65.4	124	13.0	68	7.1	138	14.5	954	100.0

* Se eliminó del ordenamiento de causas.

El cuadro 23, aunque bastante incompleto, da una idea aproximada de los sectores de la sociedad más afectados.

Los cuadros 24 y 25, por su parte, resumen los datos del suicidio según sus causas. Si se observa en estos cuadros el enorme porcentaje que se atribuye a las causas ignoradas -incluso cuando el suicidio es frustrado y teóricamente hay más posibilidades de conocer la causa exacta, se tendrá una idea de lo poco adecuado de sacar conclusiones muy rápidas a partir de esta información, que se presenta como poco válida.

Por último están los cuadros 10, 11, 12 y 12A, así como la gráfica 1, para el D.F. de 1968 a 1977. Según la autora hay una tendencia al aumento de 1968 a 1977. Los hombres, obreros y empleados en mayor proporción, son los más afectados.

3.3.1.3. Alcoholismo.

Como se está tratando con el indicador de mortalidad, no se considerará el significado del diagnóstico por alcoholismo, sino que los casos reportados de muerte por cirrosis hepática, que es un indicador indirecto de alcoholismo.

En general el alcoholismo y la muerte por cirrosis hepática se constituyen ya como uno de los problemas más comunes de la salud pública en América Latina, siendo común tasas superiores a siete muertes por cada 100.000 habitantes en estos países⁴⁸.

Según López Acuña (cuadro 26), México ocupa el segundo lugar en América en el rubro de mortalidad por cirrosis hepática con una tasa de 22.7 por cien mil habitantes, sólo siendo superado por Bahamas.

Según los datos proporcionados por Victor Ruiz Velasco⁴⁹ se obtiene el siguiente panorama: Las defunciones por cirrosis hepática en 1950 fue de una tasa de 25.1, en 1957 fue de 16.9; en 1967 llegó a 19.48 y en 1971 a 20.49, para 100 mil habitantes. En el período de 1967 a 1971 la cirrosis hepática está entre las 10 primeras causas que producen la muerte, siendo que, en este período el 1.23% de todas las defunciones ocurridas son imputables al alcohol. Las víctimas principales son los hombres en edad productiva. Según el mismo autor, en el período de 1967-1971 "Llama

CUADRO 26

TASAS DE MORTALIDAD, AJUSTADAS POR EDAD, DEBIDAS A CIRROSIS HEPÁTICA, EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA, ALREDEDOR DE 1975

<i>País</i>	<i>Tasa*</i>
Bahamas	29.7
México	22.7
Chile	22.6
Puerto Rico	18.5
Martinica	15.1
Guadalupe	14.2
Argentina	11.4
Trinidad y Tobago	11.0
Guatemala	10.0
Rep. Dominicana	9.7
Estados Unidos	9.0
Venezuela	7.5
Canadá	7.3
Perú	6.9
El Salvador	6.7
Ecuador	6.6
Honduras	6.0
Surinam	5.8
Costa Rica	5.6
Jamaica	5.5
Nicaragua	5.1
Paraguay	4.9
Uruguay	4.9
Cuba	3.9
Barbados	3.8
Colombia	3.5
Panamá	3.3

* Por 100 000 habitantes.

Tomado de López Acuña, Op.Cit., pp. 69-70

Fuente: la misma del cuadro 2, sección 2.1.

la atención que se hayan registrado algunos decesos en menores de 15 años; a partir de esta edad el número de víctimas va aumentando, incrementándose notablemente a partir de los 35 años de edad, después de lo cual se produce un descenso que llega hasta los 85 años"⁵⁰.

En una investigación hecha en 3.802 pacientes por la Dirección General de Rehabilitación para Alcohólicos se obtuvieron los siguientes datos: "...un 29,49% de los entrevistados no tenían trabajo; un 44,22% trabajaba en forma esporádica; un 10% se embriagaba durante la jornada de trabajo; un 22,80% se negó a proporcionar datos, y sólo un 3,4% de los que tenían empleo argumentaron que la bebida no interfería en el desempeño de su trabajo"⁵¹.

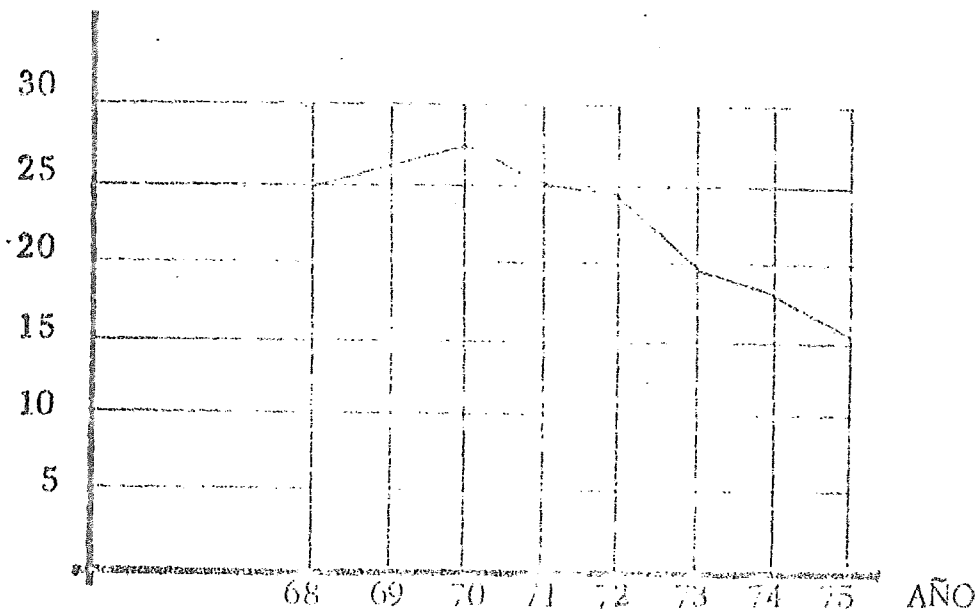
En términos generales los sujetos más afectados son los de las clases más bajas, sobre todo los que tienen menores niveles de escolaridad. Las consecuencias, en términos sociales de pérdida de trabajo, ausentismo laboral, problemas familiares, incapacidad, son enormes.

Como ya se había dicho anteriormente, las muertes por cirrosis hepática ocupaban el 7^a lugar entre las diez principales causas de defunción en el D.F. para 1974. La gráfica 3, elaborada a partir del cuadro 27, muestra la tendencia del problema.

GRAFICA 3

MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA -
ALCOHOLICA, D.F., 1968-75.

Tasa por 1000 hab.



Tomada de C.Martinez S., Op.Cit., p.161.

CUADRO 27

Tomado de C. Martínez,
Op.Cit., p. 161.

MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA
TASAS ESPECÍFICAS POR EDAD Y SEXO, * D.F. 68-75

Año	S	Cirrosis Hepática Alcohólica				Total
		- 14 años	15 a 44 años	45 a 64 años	65 y más	
	M		6.7	9.3	3.6	19.6
	F		1.3	2.7	1.5	5.5
68	T	-	8.0	12.0	5.1	25.1
	M		7.8	9.5	3.5	20.8
	F		1.4	2.6	1.4	5.4
69	T	-	9.2	12.1	4.9	26.2
	M		7.1	10.3	3.7	21.1
	F		1.4	2.7	2.5	6.6
70	T	-	8.5	13.0	6.2	27.7
	M		6.6	9.6	3.4	19.6
	F		1.5	2.5	1.4	5.4
71	T	-	8.1	12.1	4.9	25.0
	M		7.0	8.7	3.5	19.2
	F		1.3	2.5	1.4	5.2
72	T	-	8.3	11.2	4.9	24.4
	M		6.0	7.9	2.7	16.6
	F		0.8	1.7	1.1	3.6
73	T	-	6.8	9.6	3.9	20.2
	M		4.8	7.5	2.6	14.9
	F		0.9	1.6	0.9	3.4
74	T	-	5.7	9.1	3.5	18.3
	M		4.0	6.5	2.3	12.8
	F		0.6	1.2	0.9	2.7
75	T	-	4.6	7.7	3.2	15.5

* FUENTE: Estadísticas vitales para el D.F., Dirección de Bioestadística, S.S.A.

- Tasas por 100000 hab.

3.3.2. Morbilidad

El indicador de morbilidad para los trastornos mentales presenta varios problemas que le restan validez, y que, en términos generales, ya se han comentado. Al analizar los datos referentes a América la diferencia de criterios metodológicos de las investigaciones, año en que fueron realizadas y el tamaño de las muestras, hace de esta información algo sumamente difícil de comparación.

CUADRO 28

---Prevalencia de enfermedades mentales por 1,000 habitantes según distintas encuestas realizadas en América Latina (1957-1970).

Lugar	Investigador	Año de la encuesta	Tamaño de la muestra	Psicosis	Neurosis	Alcoholismo	Epilepsia	Retardación mental	Total de trastornos mentales
Lima (Perú)	Rotondo <i>et al.</i>	1957	239	32.7 ^b	154.1 ^b	88.0 ^b	16.0 ^c	—	426.0 ^b
Santiago (Chile)	Horwitz y Muñoz	1958	3,203	14.2	205.0	51.0 ^a	20.0	11.8	
México	Dirección General de Salud Mental	1950		4.6	4.6	5.5	7.3		40.5
Lima (Perú)	Mariátegui <i>et al.</i>	1962	2,901	11.0	54.8	17.6	14.1	13.8	
México	Cabildo	1964	11,328	10.1	134.5	7.0	3.0	12.2	329.6
Costa Rica (sector rural)	Adis Castro	1966	650	24.8 ^a	402.5 ^a	132.3 ^a	21.7 ^a		
El Cerrito (Colombia) (sector semi-rural) ^f	León <i>et al.</i>	1967	213	60 ^a	364		14		727
San José de Costa Rica (sector urbano)	Adis Castro	1967	100	70.0 ^c	280.0 ^c	243.9 ^a	20.0 ^c		
Santiago (Chile)	Horwitz y Marconi	1968		3.0	153.0	20.0 ^a	11.0	12.0	173.0
Lanús (Argentina)	Tarnopolsky <i>et al.</i>	1969	1,046	9.5	128.4	27.2	11.5	14.7	179.7
Santiago (Chile)	Moya <i>et al.</i>	1969		2.3	122.0	45.0	14.0	10.0	
Buenos Aires (Argentina)	Crimson <i>et al.</i>	1970	3,357			232.0	9.3	33.5	

^a Mayores de 15 años; ^b Mayores de 20 años; ^c Mayores de 18 años; ^d Sólo sujetos de sexo masculino; ^e Incluye re-
ce-
tas y casos perdidos; ^f Tasas extrapoladas a partir de una submuestra aleatoria de 33 adultos entre 20 y 49 años; ^g Esquizofrenias.

Tomado de G. Uzcategui, *Op. Cit.*, p. 96.

Nótese en este cuadro las enormes diferencias en cuanto a psicosis y neurosis encontradas.

Al presentarse los datos referentes a toda la República Mexicana el problema de los criterios para el diagnóstico es especialmente importante si se piensa en la elevada concentración de médicos generales y psiquiatras en ciertas zonas del país, es

decir, que los datos referentes a las zonas que presentan baja concentración de médicos por habitantes pueden tener un sesgo todavía mayor que el esperado para las zonas como, por ejemplo el D.F. Es notorio también, en la mayoría de los estudios hechos, los pocos o nulos comentarios explicativos o interpretativos derivados, seguramente, de los pocos conocimientos etiológicos en la materia en cuestión .

CUADRO 29

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUICOS EN LA POBLACION GENERAL Y EN GRUPOS ESPECIFICOS *

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Rubros investigados	Investigación nacional sobre población general 1960. Coef. X 1,000 habitantes	Encuesta en burócratas de la República Mexicana 1963. Coef. X 1,000 habitantes	Encuesta en la zona militar del D. F. 1968. Coef. X 1,000 habitantes	O t r a s		
				Coef. X 1,000		
				1	2	3
Esquizofrenia	2.0	—	—			
Psicosis maniaco-depresiva	2.6	—	—			
Psicosis senil	—	3.1	—			
Total de psicosis	—	10.1	14.0			
Alcoholismo	5.5	7.0	7.0		7.6	
Epilepsia	7.3	3.0	5.0		1.3	
Deficiencia mental	—	12.2	15.0			
Neurosis	4.6	—	—			
Reacciones neuróticas	—	134.5	101.0	360		
Trastornos de la conducta en niños	4.5	—	—			
Grado menor de trastornos emocionales en niños	—	132.3	60.0			220
Grado mayor de trastornos emocionales en niños	—	30.5	32.0		5.6	
Otros trastornos	14.4	—	—			
T o t a l	40.5	329.6	234.0			

Tomado de H. Cabildo, "Panorama Epidemiológico de los Desórdenes Psiquiátricos de la República Mexicana" en SPM, Época V, Vol. XIII, N^o 1, enero-febrero de 1971, p. 56.

Por otro lado el cuadro 30 muestra que los trastornos mentales y enfermedades del Sistema Nervioso Central ocupaba el 15^a lugar de todos los padecimientos registrados en México en 1968. Lo importante, según Elorriaga, no es tanto el número de casos que significan sino el "...considerar sus implicaciones socioeconómicas por la resistencia a ocupar en actividades económicamente productivas a los enfermos que, en un grado de mejoría aceptable, pueden quedar reintegrados a la productividad del país"⁵².

CUADRO 30

No. de orden	Padecimientos agrupados	No. de casos	Padecimiento más importante en el grupo	No. de casos
1.	Enfermedades de las vías respiratorias superiores	1,690,175	Gripe o influenza	495,880
2.	Enfermedades del aparato digestivo	1,167,395	Enfermedades del intestino y del peritoneo	549,853
3.	Accidentes, envenenamientos y violencias	884,396	Fracturas, heridas, contusiones y lesiones traumáticas	604,104
4.	Enfermedades de la nutrición	661,389	Raquitismo, avitaminosis y estados carenciales	661,389
5.	Enfermedades infecciosas y parasitarias	525,930	Enfermedades debidas a helmintos	177,761
6.	Enfermedades relacionadas con el parto	467,137	Parto normal	317,690
7.	Enfermedades de los órganos de los sentidos	365,423	Enfermedades del ojo	235,573
8.	Enfermedades intestinales	346,953	Disenterías	196,559
9.	Enfermedades de la piel	295,676		
10.	Enfermedades de las articulaciones, huesos, órganos del movimiento, malformaciones congénitas y otras	226,430	Artritis y reumatismo	151,364
11.	Enfermedades del aparato circulatorio	225,218	Hipertensión c/s mención de enfermedades del corazón	88,010
12.	Enfermedades de los órganos genitales	177,031	De la mujer	133,725
13.	Enfermedades que afectan a la infancia	127,942	Sarampión	65,021
14.	Alergia, todas sus formas	116,762		
15.	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central	126,348	Trastornos mentales	92,836
16.	Tuberculosis, todas sus formas	97,888	Tuberculosis del aparato circulatorio	69,225
17.	Enfermedades de las glándulas endocrinas	96,468	Diabetes mellitus	74,468
18.	Tumores	63,818	Tumores benignos	40,206
19.	Enfermedades venéreas	60,871	Sífilis y sus secuelas	27,232
20.	Enfermedades del riñón	33,119		

Elaboró: Psic. Hugo Elorriaga M.

Anuario Estadístico. Direc. Gral. de Estadística. Secretaría de Industria y Comercio, México, D. F.

Tomado de H. Elorriaga, "Los trastornos mentales...", Op.Cit., p. 582.

El cuadro 31 presenta la distribución de los trastornos mentales y nerviosos según las Entidades Federativas, para 1974.

CUADRO 31

ESTIMACION EPIDEMIOLOGICA DE TRASTORNOS MENTALES Y ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SEGUN ENTIDAD FEDERATIVA
REPUBLICA MEXICANA
1974

Entidad federativa	Trastornos mentales	%	Enfs. del Sist. Nerv. central		Total	%
República Mexicana	134,737	73.5	48,479	26.5	183,316	100.0
Aguascalientes	2,383	1.3	917	0.5	3,300	1.8
Baja California Norte	2,933	1.6	367	0.2	3,300	1.8
Baja California Sur	550	0.3	183	0.1	733	0.4
Campeche	366	0.2	183	0.1	549	0.3
Coahuila	4,400	2.4	3,850	2.1	8,250	4.5
Colima	367	0.2	183	0.1	550	0.3
Chiapas	733	0.4	550	0.3	1,283	0.7
Chihuahua	2,200	1.2	550	0.3	2,750	1.5
Distrito Federal	45,829	25.0	21,631	11.8	67,460	36.8
Durango	1,283	0.7	367	0.2	1,650	0.9
Guanajuato	2,200	1.2	367	0.2	2,567	1.4
Guerrero	366	0.2	367	0.2	733	0.4
Hidalgo	917	0.5	733	0.4	1,650	0.9
Jalisco	9,532	5.2	3,300	1.8	12,832	7.0
México	2,566	1.4	367	0.2	2,933	1.6
Michoacán	5,866	3.2	2,933	1.6	8,799	4.8
Morelos	550	0.3	183	0.1	733	0.4
Nayarit	1,467	0.8	183	0.1	1,650	0.9
Nuevo León	4,583	2.5	1,283	0.7	5,866	3.2
Oaxaca	2,383	1.3	733	0.4	3,116	1.7
Puebla	3,483	1.9	1,284	0.7	4,767	2.6
Querétaro	183	0.1	183	0.1	366	0.2
Quintana Roo	367	0.2	183	0.1	550	0.3
San Luis Potosí	2,933	1.6	733	0.4	3,666	2.0
Sinaloa	1,100	0.6	367	0.2	1,467	0.8
Sonora	1,650	0.9	733	0.4	2,383	1.3
Tabasco	2,016	1.1	367	0.2	2,383	1.3
Tamaulipas	10,816	5.9	550	0.3	11,366	6.2
Tlaxcala	733	0.4	183	0.1	916	0.5
Veracruz	11,549	6.3	4,033	2.2	15,582	8.5
Yucatán	6,233	3.4	550	0.3	6,783	3.7
Zacatecas	2,200	1.2	183	0.1	2,383	1.3

Tomado de H. Elorriaga, "los trastornos mentales...", Op.Cit., p. 584.

Según Elorriaga, el hecho de que los porcentajes más altos se encuentren en el D.F. (36.8%), Veracruz (8.5%) y Jalisco (7%) se podría explicar a que estas regiones con "...fuertes incrementos de población y desarrollo constante, generan fenómenos de inadaptación social con expresión en actitudes de extrema violencia, y ello tal vez pueda dar cabida a una explicación de la morbilidad psiconeurológica"⁵³.

En una estimación de índices de diagnóstico de los trastornos mentales y enfermedades del Sistema Nervioso Central para el D.F., en 1974 (población de 8.273.000), el mismo Elorriaga⁵⁴ obtiene los siguientes datos: "En el capítulo correspondiente a los trastornos mentales, las psicosis ocupan el primer lugar (3X1.000); seguidas por el agrupamiento de las enfermedades correspondientes a las neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (2X1.000)"⁵⁵. Según este mismo autor, dentro de las psicosis la esquizofrenia es la más importante (1X1.000), mientras que las neurosis propiamente dichas (1X1.000) son las más importantes del segundo ítem mencionado. La adicción a las drogas representan el 4X10.000 (la marihuana es la más importante con 1X10.000) y el alcoholismo el 2X10.000 (referido no a todos los alcohólicos sino sólo a aquellos que ameritan tratamiento. las oligofrenias poseen un índice de 7X10.000 y la epilepsia (la más importante de las enfermedades del S.N.C.) presenta el índice de 1X1.000.

Se ha logrado reunir también algunos datos más concretos para el D.F.

En primer lugar se presentan datos que expresan la evolución de los diagnósticos realizados de 1910 a 1967 en el Manicomio General (La Castañeda).

CUADRO 32

DIAGNOSTICOS EXPRESADOS EN %						
	1910	1920	1930	1940	1950	1960
Epilepsia	22.90	19.79	14.92	14.54	13	14.75
Psicosis diversas	22.31	14.58	15.32	15.28	4.10	7.07
Alcoholismo	13.64	18.30	14.42	14.47	21.23	19.43
Oligofrenias	12.34	3.57	4.07	9.30	6.79	7.98
Esquizofrenias	11.45	17.55	23.25	18.61	18.07	32.97
Psicosis maniaco depresivas	9.36	3.42	2.13	55.61	5.11	5.70
Neurosífilis	2.33	12.05	11.44	14.62	10.22	1.14
Demencia senil	2.29	3.42	3.58	4.42	3.74	5.47

Tomado de H.Cabildo y Col, "Estado Actual...", Op.Cit., p. 64.

CUADRO 33

COMPARACION DE LA DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMOS INTERNADOS EN EL MANICOMIO GENERAL EN LOS AÑOS 1957 Y 1967

Diagnósticos	Porcentaje en 1957	Porcentaje en 1967
Esquizofrenia sin especificación y sus diversos tipos	35	32.0
Diversos tipos de epilepsia y su asociación con otros padecimientos mentales	24	24.2
Deficiencia mental (debilidad, imbecilidad, idiotez)	13	15.2
Neurolíes	5	2.3
Alcoholismo y psicosis alcohólica	5	4.9
Paranoia y estados paranoicos	4	3.0
Reacción maniacodepresiva	4	4.2
Psicosis senil y presenil	3	7.0
Otras psicosis	4	5.1
Sin diagnósticos y no clasificables	3	2.1
TOTALES:	100	100.0

FUENTE: Datos registrados en la Dirección de Salud Mental. S.S.A.

Tomado de H. Cabildo, "Consideraciones sobre...", Op.Cit., p. 506

Al compararse los cuadros 32 y 33 llama la atención que incluso dos cuadros referentes al mismo establecimiento, realizados por el mismo autor con sólo cuatro años de diferencia entre uno y otro, presenten problemas de comparación. Nótese el rubro de Esquizofrénia (sin especificación en ambos cuadros) que en el primer cuadro presenta una tendencia constante al crecimiento, y en el segundo presenta una baja; el cuadro 33 presenta para la esquizofrénia, en 1957 un porcentaje de 35, mientras que en el cuadro 32 se tiene para 1950 un porcentaje de 18.07 y para 1960 uno de 32.97. Es decir, que entre ambas habría un porcentaje, el de 1957, elevadísimo (casi el doble de 1950 en apenas 7 años), difícil de explicar. El alcoholismo según el cuadro 32 aumenta y según el 33 disminuye, sin hablar de lo extremadamente reducido de las cifras de este último. El comportamiento tan errático del rubro neurosífilis, en el cuadro 32, es también difícil de explicar. En fin, se puede ver concretamente en este caso lo azaroso que significa trabajar con esta información.

Datos más recientes son los que proporciona C. Martínez también relativos al D.F., tomados del HPFBA. Los cuadros 34 y 35 resumen los diagnósticos de consulta externa y de egresos de pacientes internados, ambos para el período 1972-1978. Por su parte las gráficas 4 y 5 muestran las tendencias de estos diagnósticos,

Como se puede observar, en todos los años y en los dos servicios las psicosis no orgánicas (esquizofrenias, psicosis afectivas, estados paranoides, otras psicosis y psicosis no especificadas) ocupan el primer lugar, siendo las esquizofrenias las más numerosas. En segundo lugar están las neurosis y el alcoholismo y psicosis alcohólicas, para consulta externa y hospital, respectivamente.

El cuadro 36, por su parte, resume la variación de los diagnósticos globales de 1972 a 1978. Como se puede notar, la mayor cifra de casi todos los diagnósticos se da en 1972.

Analizando el comportamiento de los diagnósticos de las gráficas 4 y 5 la autora extrae las siguientes conclusiones: "La tendencia general de ellos en hospitalización como veíamos, muestra un descenso de 72 a 73-74, una elevación de 75-76 con el más alto número de diagnósticos, y de nuevo un descenso en 77 que empieza a elevarse en 78, dando la impresión de una curva inversa a la del ciclo económico (cuyas caídas son en 71 y 75-76), lo que puede ser reflejo por una parte, de que las recesiones precipitaron graves trastornos mentales que requirieron internamiento, apreciación confirmada por la curva de psicosis, y que se manifestaron debido a que la restricción presupuestaria parece llegar un poco después del inicio de la recesión. Y por otra parte, aun que en menor grado, que en las etapas recesivas el internamiento podría constituir una forma de sostener a miembros de la familia que por su incapacidad constituyen una carga para el grupo y no una ayuda, lo que explicaría las alzas de diagnósticos como esquizofrenia. En cuanto a neurosis y alcoholismo se elevan alarmantemente a partir de 73.

" La visión proporcionada por la gráfica de consulta externa complementa lo anterior. En 74 se aprecia una elevación de las psicosis en consulta externa, lo mismo que en hospitalización. De entonces a 75 continúan internándose y quizá por eso disminuyen en consulta externa,

-191-
 CUADRO 24
 Tomado de
 C. Martínez
 Op. Cit.,
 cuadro 12A
 del anexo.

DIAGNOSTICOS REALIZADOS EN CONSULTA EXTERNA, 72-76.*

Código	Diagnóstico	1972		1973		1974		1975		1976		1977		1978	
		total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%
290	Demencia senil y pre-senil	62	1.6	50	1.5	66	2.0	41	1.3	58	2.1	61	2.2	38	1.2
291	Psicosis alcohólica	56	1.4	69	2.0	81	2.4	102	3.3	83	3.0	63	2.2	101	3.3
292	Psicosis org. / infec. (no alcohol)			1	0.0	3	0.1			10	0.3	2	0.1	1	0.0
293	Psicosis u otras afec. org. / infec. (no alcohol)	149	3.0	91	2.7	39	1.1	38	1.2	100	3.8	84	3.0	101	3.3
294	Psicosis u otras afec. org. / infec. - afec. somáticas	82	2.1	97	2.9	136	4.0	112	3.7	113	4.0	76	2.7	78	2.5
295	Delirio	695	17.9	562	16.6	609	17.9	577	18.9	385	14.4	514	18.3	513	16.5
296	Manías afectivas	84	2.2	70	2.1	34	1.0	62	2.0	77	2.9	46	1.6	91	2.9
297	Estados paranoicos	17	0.4	15	0.4	8	0.2	7	0.2	7	0.2	8	0.3	4	0.1
298	Otras psicosis	44	1.1	54	1.6	71	2.1	45	1.5	49	1.8	37	1.2	42	1.4
299	Psicosis no especificada	140	3.6	215	6.4	190	5.6	152	5.0	185	6.8	182	6.5	221	7.0
300	Neurosis	978	25.0	793	23.5	684	20.2	732	23.9	509	20.4	595	21.3	625	20.0
301	Trastornos de la personalidad	52	1.3	45	1.3	27	0.8	29	0.9	26	0.9	44	1.6	42	1.4
302	Desviaciones sexuales	15	0.4	12	0.4	9	0.3	12	0.4	3	0.1	2	0.1	4	0.1
303	Alcoholismo	351	9.0	342	10.0	258	7.6	238	7.5	264	9.4	288	10.3	330	10.6
304	Adicción a drogas	333	8.5	175	5.2	255	7.5	241	7.9	165	5.9	190	6.8	198	6.4
305	Trastornos somáticos de origen psíquico -- no especificados							2	0.0	2	0.0	5	0.2		
306	Síntomas especiales no clasificables en otra parte	2	0.0	2	0.0	2	0.0	2	0.0	5	0.1	2	0.1		
307	Trastornos transitorios de adaptación a situaciones especiales	14	0.4	66	1.9	13	0.4	7	0.2	5	0.1	5	0.2		
308	Trastornos de conducta en la infancia											2	0.1		
309	Trastornos mentales no especificados como psicóticos asociados con afecciones somáticas	3	0.1	6	0.2	7	0.2	6	0.2	16	0.6	119	4.2	145	4.7
310-15	Oligofrenia	329	8.4	401	11.9	274	8.1	152	5.0	192	6.9	150	6.8	206	6.6
345	Epilepsia	473	12.1	353	10.4	404	11.9	343	11.2	307	11.0	289	10.3	308	10.0
	Otros	37	1.0	43	1.3	122	3.6	107	3.5	52	1.9	35	1.2	29	0.9
	Sin datos	28	0.7	18	0.5	50	1.5	29	0.9	13	0.5	16	0.6	25	0.8
	TOTAL	3914	100.0	3380	100.0	3392	100.0	3067	100.0	3067	100.0	3067	100.0	3067	100.0

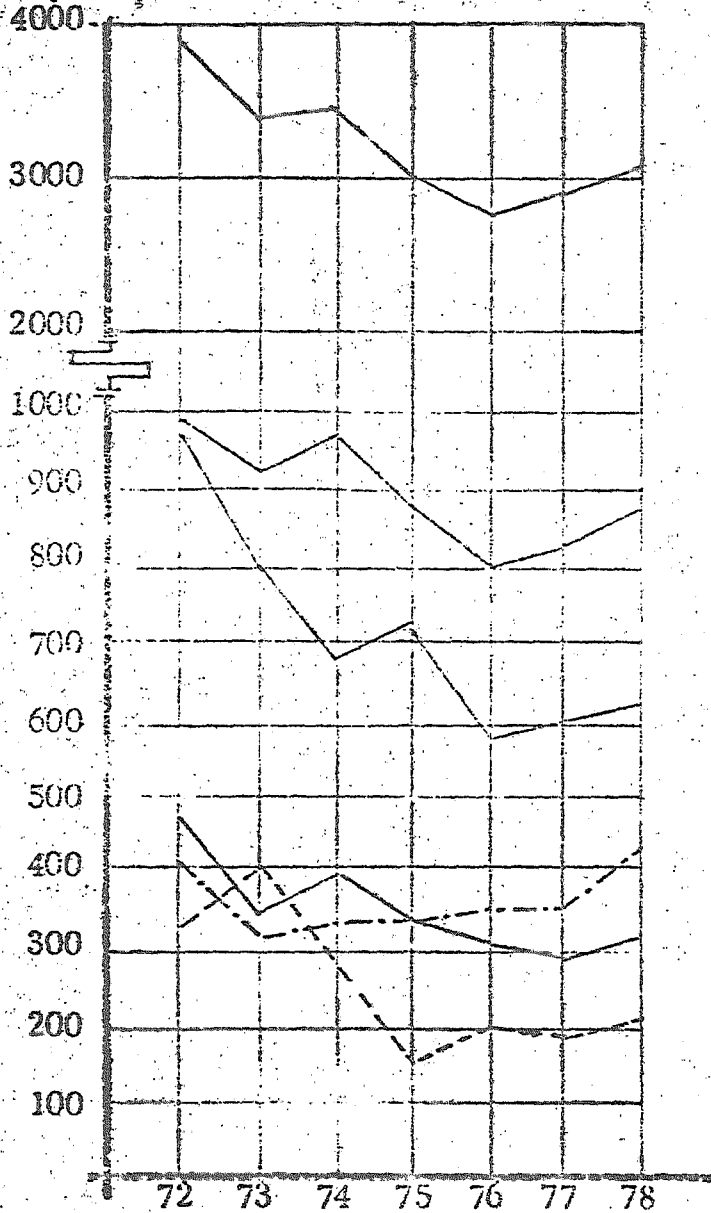
-192-
 CUADRO 35
 Formado de
 C. Martínez
 Op. Cit.,
 cuadro 128
 del anexo

DIAGNOSTICOS DE EGRESO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL, 1972-78.*

Código	Diagnóstico	1972		1973		1974		1975		1976		1977		1978	
		total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%
290	Demencia senil y - presenil	36	1.5	33	1.6	32	1.5	35	1.5	28	1.1	21	0.9	19	0.8
291	Psicosis alcohólica	53	2.3	97	4.6	83	3.9	136	5.7	120	4.9	130	5.8	141	5.9
292	P. asoc. con infecc. intracranial	3	0.1	8	0.4	2	0.1	3	0.1	1	0.0	4	0.2	2	0.1
293	P. asoc. c/otras afec. cerebrales	83	3.6	57	2.7	37	1.7	83	3.5	234	9.6	246	10.9	297	12.1
294	P. asoc. c/otras afec. somáticas	102	4.4	89	4.2	62	2.9	145	6.0	156	6.4	181	8.0	153	6.1
295	Esquizofrenia	630	26.9	579	27.2	583	27.3	697	29.0	658	26.8	555	24.5	521	24.0
296	Psicosis afectivas	102	4.4	98	4.6	122	5.7	142	6.7	151	6.2	185	8.0	169	7.8
297	Edos. Paranoideas	9	0.4	8	0.4	11	0.5	11	0.5	9	0.4	16	0.7	18	0.8
298	Otras psicosis	12	0.5	20	0.9	44	2.1	36	1.5	55	2.2	59	2.6	66	2.9
299	Psicosis no especifica- das	182	7.8	327	15.4	341	16.0	263	10.9	218	8.9	181	8.2	195	8.1
300	Neurosis	187	8.0	167	8.0	81	3.8	109	4.5	80	3.3	69	3.1	61	2.8
301	Trastornos de la perso- nalidad	12	0.5	9	0.4	4	0.2	4	0.2	8	0.3	13	0.6	28	1.2
302	Desviaciones sexuales	3	0.1	2	0.1	8	0.4			4	0.2			3	0.1
303	Alcoholismo	203	8.7	81	3.8	151	7.1	158	6.6	195	8.0	188	8.4	202	8.9
304	Adicción a drogas	211	9.0	120	5.6	157	7.4	150	6.2	124	5.1	93	4.1	133	5.9
305	Trastornos somáticos de origen psíquico pre- sumible					1	0.0	1	0.0	1	0.0				
306	Síntomas especiales - no clasificables en - - otra parte	1	0.0												
	Trastornos transitorios de inadaptación a sit. - espec.			1	0.0	1	0.0								
308	Trast. conducta en la in- fancia														
309	Trastornos mentales - no especificados como - psic., asoc. c/afec. so- máticas	8	0.3	9	0.4	15	0.7	12	0.5	9	0.4	2	0.1	4	0.2
310-15	Oligofrenia	172	7.3	195	9.2	155	7.3	144	6.0	149	6.1	131	5.8	163	6.9
345	Epilepsia	205	8.8	156	7.3	140	6.5	170	7.0	166	6.8	136	6.0	154	6.4
Otros	Otros	118	5.0	127	6.0	105	4.9	87	3.6	78	3.2	95	4.2	48	2.0
	Sin datos	10	0.4	5	0.2			2	0.0	3	0.1				
	T O T A L	2342	100.0	2128	100.0	2195	100.0	2408	100.0	2447	100.0	2252	100.0	2398	100.0

DIAGNOSTICOS REALIZADOS EN CONSULTA EXTERNA. HFBA 72-78.*

No. diagnósticos



DIAGNOSTICOS REALIZADOS EN HOSPITALIZACION, HFBA 72-78.*

No. Diagnósticos

Total

3000

Psicosis no orgánicas

2000

Neurosis

1000

Alcoholismo y psicosis alcohólica

800

Oligofrenia

600

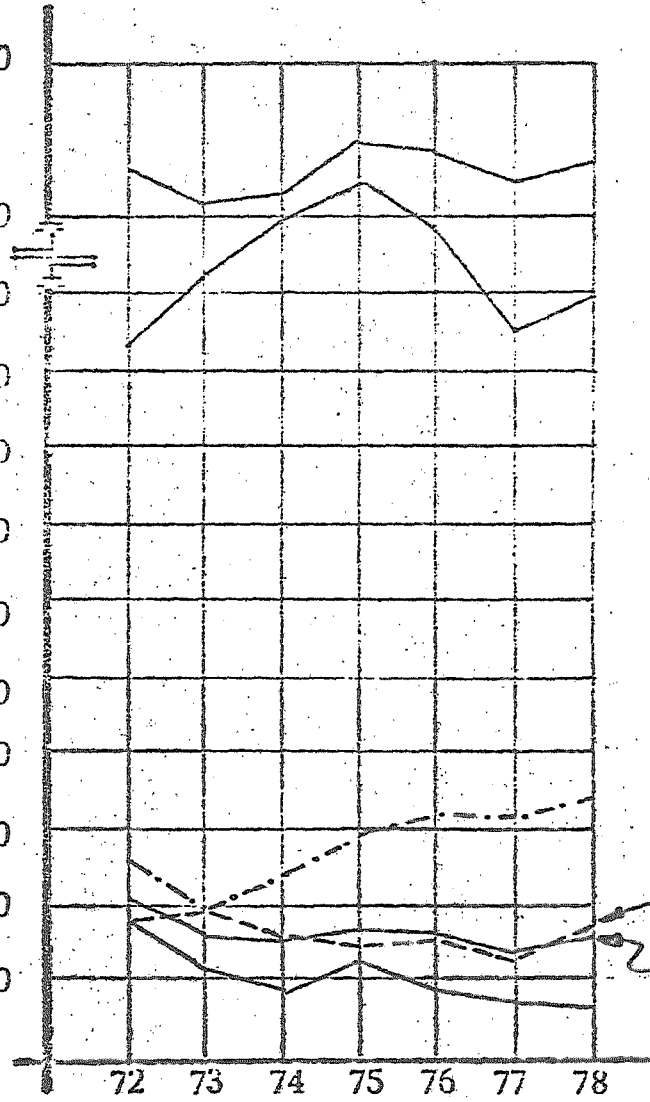
500

400

300

200

100



Total

Psicosis no orgánicas

Alcoholismo y psicosis alcohólica

Oligofrenia, Epilepsia, Neurosis

CUADRO 36
Tomado de C. Martínez
Op.Cit., p. 184

VARIACION ANUAL DE LOS DIAGNOSTICOS --
GLOBALES MAS FRECUENTES EN LA INSTITU
CION.

1972	Diagnóstico	1972	índice	1973	índice	1974	índice	1975	índice	1976	índice	1977	índice	1978	índice
295	Esquizofrenias	1325	100	1141	86	1192	90	1274	96	1143	86	1069	81	1093	82
300	Neurorisis	1165	100	900	77	763	66	841	72	649	56	664	57	686	59
345	Epilepsia	678	100	548	81	544	80	513	76	473	70	425	63	462	68
304	Adicción a drogas	544	100	295	54	412	76	391	72	289	53	283	52	331	61
303	Alcoholismo	554	100	323	58	409	74	396	71	459	83	476	86	532	96
291	Psicosis alcohólica	109	100	166	152	164	150	238	218	203	186	193	177	142	130

* FUENTE: Registros mensuales de la institución.

Año índice: 1972.

3.3.3. Registros Hospitalarios

Dentro de este indicador se puede empezar con algunas cifras respecto al número de hospitales psiquiátricos existentes. Según J.Velasco, al finalizar el siglo XIX habían 16 hospitales psiquiátricos en Canadá, 218 en los Estados Unidos, 3 en México y uno en los demás países americanos. En 1957, según el mismo autor, en Continente Americano tenía 897 hospitales psiquiátricos -lo que representaba el 6% del total de hospitales existentes, de los cuales 237 estaban en América Latina y 660 en Canadá y Estados Unidos⁶⁰. El cuadro 37 presenta el número de hospitales psiquiátricos públicos en algunos países de América Latina para 1971; México figuraba en tercer lugar con 33 hospitales, detrás de Argentina (91) y Brasil (56).

--Distribución de hospitales psiquiátricos públicos; ^a número de camas psiquiátricas y proporción de camas por 10,000 habitantes ^b en Latinoamérica.

CUADRO 37

Tomado de C.A.León
"Perspectivas de la Salud
Comunitaria en Latinoamérica"
en Boletín de la OSP, 81:2
agosto de 1976, p. 126

Países	Hospitales psiquiátricos públicos	Total número de camas para psiquiatría	Proporción de camas por 10,000 habitant.
Argentina	91	29,294	12.2
Bolivia	4	630	1.3
Brasil	56	62,882	7.7
Colombia	13	7,490	3.8
Costa Rica	1	1,081	6.7
Cuba	14	6,206	9
Chile	5	8,970	11.2
Ecuador	3	1,702	3
El Salvador	1	496	1.5
Guatemala	1	1,172	2.6
Haití	2	20	0.06
Honduras	2	190	0.8
México	33	8,405	2
Nicaragua	1	1,150	6
Panamá	4	1,200	8.1
Paraguay	1	665	3
Perú	3	2,010	1.7
República Dominicana	2	715	2
Uruguay	2	5,000	1.8
Venezuela	14	4,527	4.5

^a Fuente: "A Directory of World Psychiatry," recopilado por el Dr. John Gunn para la Asociación Mundial de Psiquiatría, 1971.

^b Fuente: Documentos de trabajo para la Conferencia sobre Salud Mental en las Américas; San Antonio (Texas), 1968.

En 1972 había para toda América Latina 455 hospitales dedicados exclusivamente al cuidado de enfermos mentales, y 750 clínicas de salud mental, dispensarios y centros de tratamiento⁶¹.

El mismo compilador de estos datos llama la atención al crecimiento de este tipo de establecimientos (237 en 1957 y 455 en 1971) en Latinoamérica, mientras que en Canadá y Estados Unidos de 1964 a 1971 ha habido una reducción de 42% en el número de hospitales psiquiátricos. Según G. Uzcategui, en América Latina "El recurso básico lo constituye el hospital psiquiátrico, a menudo de corte tradicional y con numerosos vicios de funcionamiento: la mayor parte tiene presupuestos reducidos lo que se refleja en las instalaciones antiguas e inadecuadas, condiciones de hacinamiento, facilidades sanitarias insatisfactorias, en una alimentación deficiente, ropa blanca y vestimentas escasas y, muchas veces, en la falta de medicinas. Por otra parte, el movimiento de pacientes es casi nulo y los períodos de permanencia prolongados, de tal manera que, a pesar de lo insignificante del costo de cama/día, el funcionamiento de estos centros es antieconómico debido a su reducida eficacia"⁶².

En el ya presentado cuadro 1 se mostraron algunos datos respecto a las instituciones y servicios de salud mental pública de la República Mexicana en 1962; habían 18 centros de servicios de higiene mental, 7 clínicas de conducta (de las cuales dos eran privadas), consultas externas de psiquiatría en 35 lugares (dos privados) , 47 lugares para la hospitalización de enfermos psiquiátricos (casi la mitad de estos, 23, privados), y 22 centros para deficientes mentales (7 de los cuales privados). En total 129, de los cuales 32 privados. Sin contar los establecimientos privados, se observa que la SSA se ocupaba directamente de más de la mitad de estos centros. Habían en 1962, 24 hospitales y según el cuadro 37, en 1972 habían 33 hospitales psiquiátricos públicos. Según los datos de Ramón de la Fuente, para 1977 la Dirección de Salud Mental tenía 11 unidades hospitalarias, 14 consultorios de psiquiatría en los Centros de Salud en el Distrito Federal y otros 5 en el resto del Territorio Nacional.⁶³

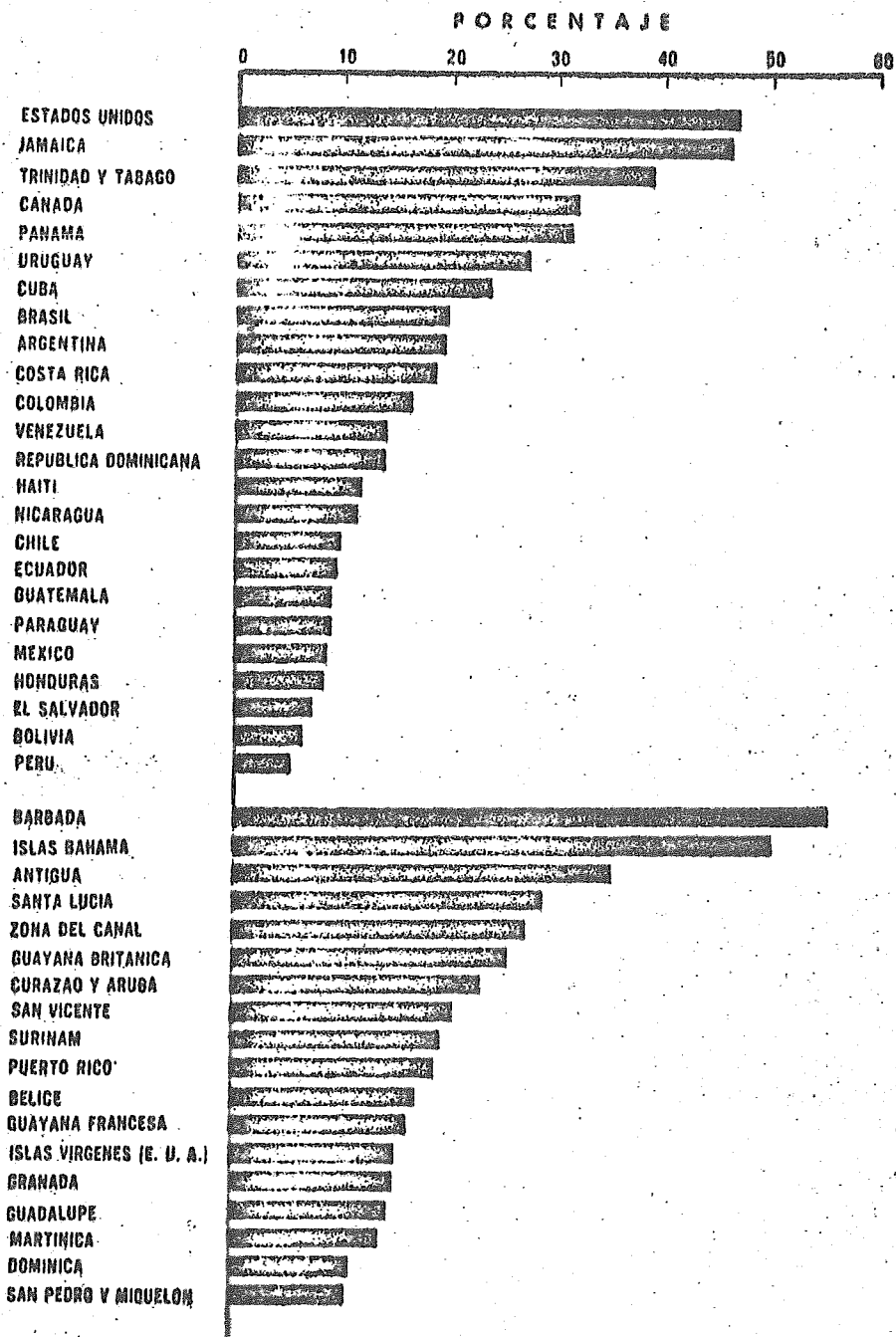
Otra fuente importante de datos son los relativos al número de camas y recursos humanos disponibles. Una vez más se presentarían primero los datos relativos a América Latina y luego los de México.

Si bien en 1957, como se comentó más atrás, los hospitales psiquiátricos sólo representaban el 6% del número total de

hospitales existentes en toda América, para el mismo año habían 949.985 camas disponibles para enfermos mentales, lo que representaba 40% del total de camas existentes en los hospitales americanos, es decir, los hospitales psiquiátricos eran Grandes Hospitales. De estas 949.985 camas el 88% estaban en Canadá y E.U.A.⁶⁴.

CUADRO 38

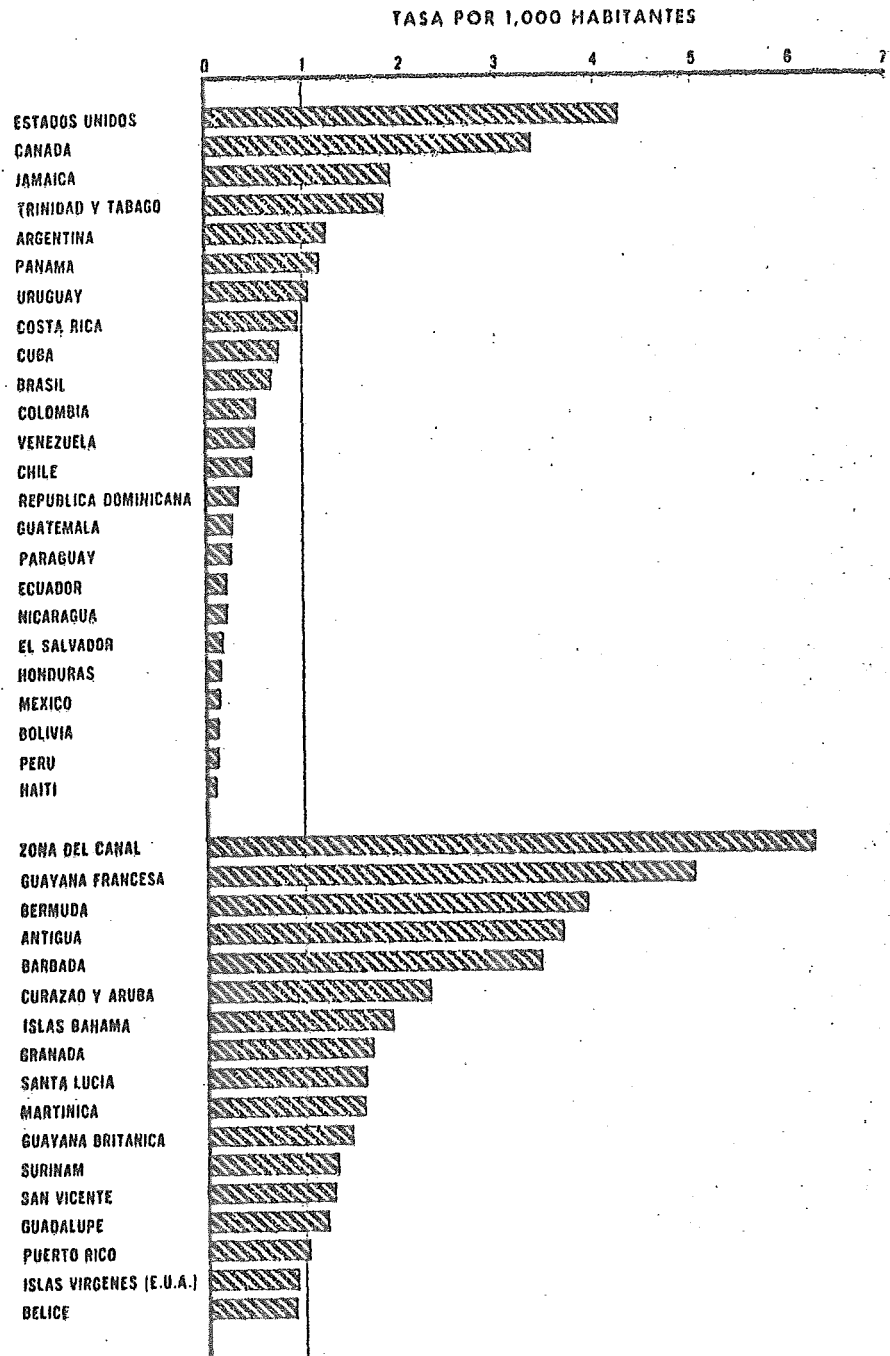
-Proporción del total de camas para enfermos mentales, del total de camas existentes en hospitales de los países y territorios de las Américas, 1960.



Según el cuadro 38, México en 1960 tenía una baja proporción de camas para enfermos mentales.

La relación de camas para enfermos mentales/habitantes recomendada por la OMS es de 5/1.000. Para 1960, según el cuadro 39, México estaba muy por debajo de esta cifra deseada.

CUADRO 39. *Provisión de camas para enfermos mentales en los hospitales americanos, 1960.*



En 1972 habían, para toda America Latina, 135.000 camas para enfermos mentales. Hay que recordar que sólo se está hablando de cantidad, sin entrar en lo referente a la calidad, distribución-concentración, y utilización.

Para México, en 1962, el cuadro 40 muestra los siguientes datos:

CUADRO 40

DISTRIBUCION DE CAMAS PARA ENFERMOS PSIQUIATRICOS EN EL D.F. EN ESTADOS Y TERRITORIOS DE LA REPUBLICA MEXICANA. 1962.

Tomado de H.Cabildo y Col., "Estado Actual...", Op.Cit., p. 66.

ENTIDADES	S.S.A.	ESTATAL O MUNICIPAL	IMSS	OTRAS GUBER. O DESCENT.	PRIV.	TOTAL
DISTRITO FEDERAL	3090		85	50	916	4141
ESTADOS Y TERRITORIOS DE LA REPUBLICA MEXICANA	2056	970	-	-	905	3931
T O T A L.	5146	970	85	50	1821	8072

Una cama Psiquiátrica por cada 4336 habitantes.-

Del total de camas, 8.072, más de la mitad (4.141) estaban concentradas en el D.F. La atención pública está a cargo, casi que totalmente, de la SSA; en segundo lugar la atención privada representa poco menos del 25% de la atención global. La relación es de una cama por cada 4.336 habitantes.

En 1967, después de la Operación Castañeda, la situación presenta ya algunas modificaciones.

CUADRO 41

DISTRIBUCION DE CAMAS PARA ENFERMOS PSIQUIATRICOS EN LA REPUBLICA MEXICANA -- 1967

Entidades	S.S.A.*	Instituciones estatales o municipales	I.M.S.S.	Otras Instituciones federales	Instituciones privadas	Total
Distrito Federal	1.480	—	50	50	770	2.350
Estados y Territorios de la República Mexicana	3.810	1.250	—	—	905	5,965
TOTAL:	5.290	1.250	50	50	1,675	8,315

* Calculadas a la terminación de la "Operación Castañeda". Incluye los hospitales con patronatos en los que la S.S.A. tiene la principal responsabilidad económica y técnica.

Tomado de H.Cabildo, "Consideraciones sobre...". Op.Cit., p.504

Comparando con los datos de 1962 se nota una menor concentración de camas en el D.F. que se debe tanto a un aumento de

camas en los Estados y Territorios de la República Mexicana como a una disminución en el total de camas en el D.F. El número de camas privadas disminuye en términos relativos y absolutos y representaba entonces el 20.3% del total. El principal encargado sigue siendo la SSA con el 63% de camas. La relación cama/habitante es ahora de 1/5.703, casi la misma de 1957 (1/5.826) , lo que representa un retraso con respecto a 1962 (1/4.336). En términos absolutos hay más camas que en 1962 (8.315 y 8.072, en 1967 y 1962 , respectivamente).⁶⁵

Por último, según Ramón de la Fuente, en 1977 la Dirección de Salud Mental tenía 4.500 camas de las 8.500 existentes en el país, lo que representa un aumento únicamente de 195 con relación a 1967, y 428 en relación a 1962, siendo importante tener en cuenta el aumento de la población en estos años⁶⁶.

Respecto a los recursos humanos se han reunido los siguientes datos.

CUADRO 42

PROFESIONISTAS QUE TRABAJAN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL
EN EL D.F. Y EN LOS EDOS. Y TERRITORIOS DE LA REPUBLICA
MEXICANA, 1962

Tomado de H.Cabildo y Col.,
"Estado Actual...", Op.Cit,
p. 67

ENTIDAD	PSIQUIATRAS Y PSICOANALISTAS.	PSICOLOGOS	TRABAJA DORAS SOC. PSI QUIAT,	ENFERME RI. PSI QUIATRI CA	MAESTROS DE DEB. MENTALES	TOTAL
DISTRITO FEDERAL	154	175	13	2	150	494
ESTADOS Y TERRI TORIOS.	91	14	1	-	14	120
TOTAL	245	189	14	2	164	614

En el D.F. un Psiquiatra o Psicoanalista por cada 32.597 habitantes.

En Estados y Territorios por cada 333.000 habitantes.

En el cuadro de arriba se nota otra vez la concentración de recursos en el D.F., y la muy baja cantidad de personal paramédico. Infelizmente los autores no aportan datos referentes a las instituciones donde trabajan los recursos humanos. En total habían 245 psiquiatras y psicoanalistas en 1962.

En 1966, según G.Calderón N., habían en México 400 psiquiatras, la mitad de los cuales trabajaba en forma privada, dos enfermeras psiquiátricas y sólo cinco residentes en psiquiatría⁶⁷.

En 1967 se estimaba que había una proporción de

1;150.000 psiquiatra por habitantes⁶⁸. Por último, en 1977, Ramón de la Fuente hacía la siguiente evaluación: "El número de psiquiatras es insuficiente y su distribución en el territorio nacional es muy desigual. La proporción mínima recomendada por la Organización Mundial de la Salud es de 5 por cada 100.000 habitantes. Argentina cuenta con 4,1 y Costa Rica con 8 por 100.000 habitantes. De acuerdo con estudios efectivados en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, México contaba en 1976 con 507 psiquiatras, es decir menos de 1 por 100 mil habitantes, de los cuales en el Distrito Federal hay 364, y en el interior de la República 143. En Monterrey 27, en Guadalajara 27, en Hermosillo 10, en Puebla 9, y en el resto del país 70. En cuanto a trabajadoras sociales, el déficit es aún mayor. Se cuenta solamente con 26 trabajadoras sociales y con no más de 20 enfermeras con adiestramiento formal en el manejo de enfermos mentales. La escasez de otros miembros del personal de salud mental, terapéutas ocupacionales y administradores también se deja sentir"⁶⁷.

Para este trabajo no se ha podido reunir más que unos cuantos datos parciales relativos a ingresos y egresos en hospitales psiquiátricos y, por otro lado, no se ha obtenido datos sobre estadia promedio, utilización de camas y otros semejantes. Los datos obtenidos se presentan a continuación.

CUADRO 43

Tomado de H.Cabildo y Col.,		INGRESOS PROMEDIO EN LOS AÑOS 1910 A 1960				
"Estado Actual...", Op.Cit.,		Año	Ingresos	Hombres	Mujeres	Niños
p. 63.		1910	1.004	387	580	37
		1920	679	231	402	46
		1930	1.001	335	627	39
		1940	1.337	799	479	59
		1950	2.051	1.340	616	95
		1960	2.289	1.331	808	150

Según los cálculos realizados, de 1910 a 1960 pasaron por el manicomio general casi 75.000 enfermos. De 1910 a 1960 se duplican en número de ingresos, produciendo en el Manicomio una verdadera saturación.

La investigación realizada por C.Martinez S., aporta algunos datos sobre el HPFBA.

Según los cuadros 44 y 45, se puede notar que en términos generales y globales, en todos los años hay mayor población masculina que femenina, y la mayor concentración está formada por los pacientes entre los 15 y 34 años. La gráfica 6 muestra por su parte las variaciones anuales de los diagnósticos.

El cuadro 46 aporta datos sobre una posible relación heredo familiar de los trastornos mentales, en donde se ve que solamente el 28.0% de los pacientes muestreados lo reportan. El cuadro 47 aporta datos sobre la estructura familiar de los pacientes, en donde se nota la poca cantidad que sigue siendo dependiente directamente del asilo. La enfermedad mental más bien parece recaer sobre la familia.

Es interesante reproducir las conclusiones de C. Martinez obtenidas a partir de los cuadros 44 y 45 y la gráfica 6. Dice: " La curva de diagnósticos de consulta externa podría corresponder a un descenso de las cifras altas efecto de la recesión del 71 que va de 72 a 76, y el inicio de la elevación producida por la recesión de los años 75-76 cuyos efectos empezarian a notarse en la parte final de la curva. Las cifras más altas están en 1972, año posterior a una recesión violenta e inesperada que se distinguiría de la de 75-76 en que para esta última muchos habían encontrado nuevas formas de sobrevivencia y se habían adaptado a ellas; si esto coincidió con la llegada desfasada de la restricción presupuestaria para la institución disminuyendo su capacidad para internar pacientes, la gran demanda del exterior encontraría en 72 una barrera para atenderse en hospitalización y quedaría concentrada en consulta externa, explicando en parte la magnitud de la cifra...

"En hospitalización, las cifras más bajas del período son las correspondientes a los años 72-74, quizá continuación de una tendencia originada en la restricción al presupuesto que supusimos se dio después de la recesión del 71; de todas formas, de los tres años la cifra más alta es la de 1972, coincidiendo con lo que revela la curva de consulta externa, lo que permite afirmar que en este año llegó al hospital una cantidad inusitada de pacientes, (según parece, producto de la recesión de 71) pese a cualquier limitación en la capacidad de la institución para recibirlos. De 74 a 75 hay en hospitalización una elevación de la cifra de diagnósticos mientras en consulta externa se observó su

Tomado de C. Martínez,
Op. Cit.,
cuadro 1 del anexo

DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS EN LA INSTITUCION
- SEGUN SEXO. 72 - 78. *

Año	CONSULTA EXTERNA						HOSPITALIZACION						GLOBAL					
	Masc.	%	Fem.	%	Total	%	Masc.	%	Fem.	%	Total	%	Masc.	%	Fem.	%	Total	%
72	2327	59.4	1590	40.6	3917	100.0	1430	61.4	900	38.6	2330	100.0	3757	60.1	2490	39.9	6247	100.0
73	1988	58.8	1393	41.2	3381	100.0	1298	61.1	827	38.9	2125	100.0	3286	59.7	2220	40.3	5506	100.0
74	2056	60.6	1338	39.4	3394	100.0	1340	62.8	793	37.2	2133	100.0	3396	61.4	2131	38.6	5527	100.0
75	1834	59.8	1235	40.2	3069	100.0	1540	64.1	864	35.9	2404	100.0	3374	61.7	2099	38.3	5473	100.0
76	1659	59.4	1136	40.6	2795	100.0	1579	64.5	868	35.5	2447	100.0	3238	61.8	2004	38.2	5242	100.0
77	1707	59.0	1184	41.0	2891	100.0	1461	64.9	792	35.1	2253	100.0	3168	61.6	1976	38.4	5144	100.0
78	1856	59.8	1249	40.2	3105	100.0	1547	64.0	871	36.0	2418	100.0	3403	61.6	2120	38.4	5523	100.0

* FUENTE: Registros mensuales del H.P.F.B.A

CUADRO 45

Tomado de C.Martinez, Op.Cit., cuadro 2 del anexo.

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS POR GRUPOS DE EDAD, 72 -78 *.

Año	Servicio	GRUPOS DE EDAD (AÑOS)							Total
		Menos de 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 y más	
72	C.E	28	1542	1017	632	383	170	145	3917
	Hosp.	18	841	673	389	219	103	87	2330
	Total	46	2383	1690	1021	602	273	232	6247
	%	0.7	38.2	27.1	16.3	9.6	4.4	3.7	100.0
73	C.E.	12	1288	899	566	349	151	116	3381
	Hosp.	11	755	633	401	193	83	49	2125
	Total	23	2043	1532	967	542	234	165	5506
	%	0.4	37.1	27.8	17.6	9.8	4.3	3.0	100.0
74	C.E.	8	1330	883	572	337	153	111	3394
	Hosp.	4	708	649	407	208	93	64	2133
	Total	12	2038	1532	979	545	246	175	5527
	%	0.2	36.9	27.7	17.7	9.9	4.5	3.1	100.0
75	C.E.	4	1119	849	542	320	134	101	3069
	Hosp.	2	765	812	431	226	100	68	2404
	Total	6	1884	1661	973	546	234	169	5473
	%	0.1	34.4	30.3	17.8	10.0	4.3	3.1	100.0
76	C.E.	5	995	773	514	257	138	113	2795
	Hosp.	1	766	789	457	252	106	76	2447
	Total	6	1761	1562	971	509	244	189	5242
	%	0.1	33.6	29.8	18.5	9.7	4.7	3.6	100.0
77	C.E.	1	1064	799	545	264	125	93	2891
	Hosp.	1	693	757	397	239	107	59	2253
	Total	2	1757	1556	942	503	232	152	5144
	%	0.0	34.2	30.2	18.3	9.8	4.5	3.0	100.0
78	C.E.	1	1178	842	563	279	146	96	3105
	Hosp.	1	752	850	445	205	105	60	2418
	Total	2	1930	1692	1008	484	251	156	5523
	%	0.0	35.0	30.6	18.3	8.8	4.5	2.8	100.0

* FUENTE:

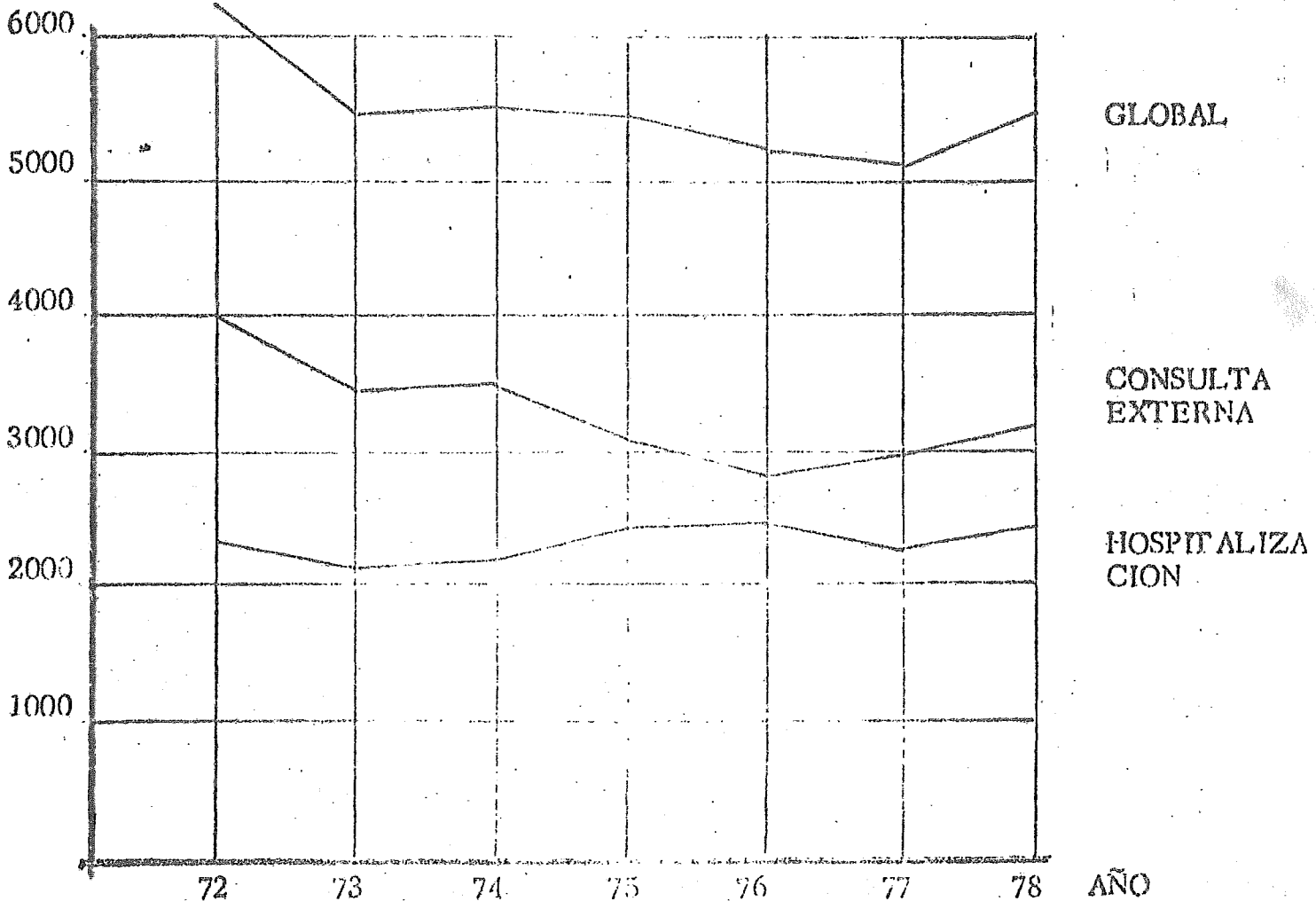
Registros mensuales del H.F.B.A.

GRAFICA 6

Tomada de C.Martinez, Op.Cit., p.181.

VARIACION ANUAL DE LOS DIAGNOSTICOS REALIZADOS GLOBALMENTE EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION, 72-78.*

No. Diagnósticos



* FUENTE: Cuadro 1 del anexo, de los resúmenes mensuales de diagnósticos de consulta externa.

CUADRO 46 ANTECEDENTES
HEREDO FAMILIARES DE TRASTORNOS MENTALES EN LOS
PACIENTES DE LA MUESTRA. DISTRIBUCION PORCENTUAL. (*)

Antec. heredo fam.	Masc.	Fem.	Total
Se reportan existentes	14.7	13.3	28.0
Se reportan no existentes	41.0	25.0	66.0
Se reporta ignorado	3.6	2.4	6.0
TOTAL .	59.3	40.7	100.0

* FUENTE: Expedientes de la muestra.

CUADRO 47

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN LA
UBICACION EN LA ORGANIZACION FAMILIAR
DE LOS PACIENTES. *

Ubicación Familiar (2)	Masc.	%	Fem.	%	Total	%	Forman parte de una familia
Jefe	147	24.6	21	3.5	168	28.6	61.6
Aporta dinero	123	20.6	63	10.5	186	31.7	
Labores domésticas	3	0.5	87	14.6	90	15.3	15.7
Dependiente	70	11.7	61	10.2	131	22.3	22.8
Vive en asilo	5	0.8	7	1.2	12	2.0	-
No datos	4	0.7	3	0.5	10	-	-
TOTAL	352	58.9	242	40.5	597	100.0	100.0

* FUENTE: Información de los expedientes muestreados.

(1) Frecuencia ajustada redistribuyendo las no respuestas en la misma proporción que las respuestas.

(2) El criterio para distinguir las distintas ubicaciones es: Jefe = El único o parcial sostén económico de la familia, Aporta dinero = su ingreso contribuye secundariamente al sostén económico familiar, Labores domésticas = responsable de esta función.

Dependiente = no contribuye para el sostén económico familiar, -- puede ser estudiante, anciano, cooperar con el ó la responsable de labores domésticas, etc.

Vive en asilo = no vive con la familia sino en una institución tipo asilo, ó en la calle sin domicilio fijo.

descenso; se trata de un año pre-recesión en que el presupuesto seguramente es un poco más holgado que en años previos y quizá la ansiedad propia de esta etapa logra manifestarse sin obstáculo y casi de inmediato en estas cifras. Ya a partir de 75 viene la tendencia a disminuir el internamiento, pero en 77 parece ser contrarrestada por un alza en la demanda que se nota en la coincidencia de la elevación tanto en la consulta externa como en la hospitalización, y que ya ha pasado el momento más restrictivo originado en el año 75 puede permitirse la institución atender"⁷⁰. En resu-
midas cuentas, parece haber no sólo una relación de los años recesivos con la variación global de los diagnósticos, sino que ade-
más con los tios de servicios del hospital, consulta externa y hospitalización, ya que cada uno de estos dos se vería afectado en forma diferente por la política recesiva.

Otros datos importantes son los que aparecen en el cuadro 21 y la gráfica 7, para la demanda de servicios, tanto de pa-
cientes nuevos como recaídas. La autora hace de estos datos el siguiente análisis.: "Si consideramos la demanda como una expresión aproximada de lo que ocurre en la población de la Ciudad de México cuya inserción social es similar a la de los pacientes que acudieron al hospital, la gráfica 21 (corresponde a la gráfica 7) mos-
straría como en el año de 74, previo a la recesión, la demanda se elevó especialmente entre los que ya habían tenido antes manifes-
taciones de transtornos, pero también en los pacientes nuevos; en el año 75 disminuye la cifra con respecto al año anterior, lo que estaría a favor de la hipótesis de que la tensión social previa a la recesión genera más ansiedad que la recesión misma. En cuanto a los posibles efectos de la recesión del 75-76, se aprecia que las recaídas aumentan mientras disminuyen los nuevos pacientes, también en apoyo de la idea de que la presión de la recesión no es fácil de resistir para quienes están en desventaja, y la enfermedad mental puede constituirse en una forma de sobrevivencia. Lo alarmante es la tendencia a la elevación de la demanda a partir de 76, que seguramente no responde ni a la mayor difusión del uso de un hospital que tiene ya 10 años de existir, ni a la ampliación de presupuesto que más bien sería de esperar se restringiera en estos años, sino tal vez a la mayor generación de enfermedad mental en la población (es decir, de locura real y de avance de la psiquiatriización de la sociedad)"⁷¹.

CUADRO 48

Tomado de C.Martinez, op.cit., cuadro 21 del anexo.

DEMANDA DE SERVICIO DE NUEVOS PACIENTES O PACIENTES YA CONOCIDOS. *

AÑO	PACIENTES NUEVOS (1)	%	RECAIDAS (2)	%	TOTAL	%
72	5571	29.6	13266	70.4	18 837	100.0
73	4786	27.1	12875	72.9	17 661	100.0
74	4953	25.3	14627	74.7	19 580	100.0
75	4702	27.0	12689	73.0	17 391	100.0
76	4265	24.4	13213	75.6	17 478	100.0
77	4050	23.3	13311	76.7	17 361	100.0
78	4585	25.1	13662	74.9	18 247	100.0

* FUENTE: Reportes mensuales del IHBA

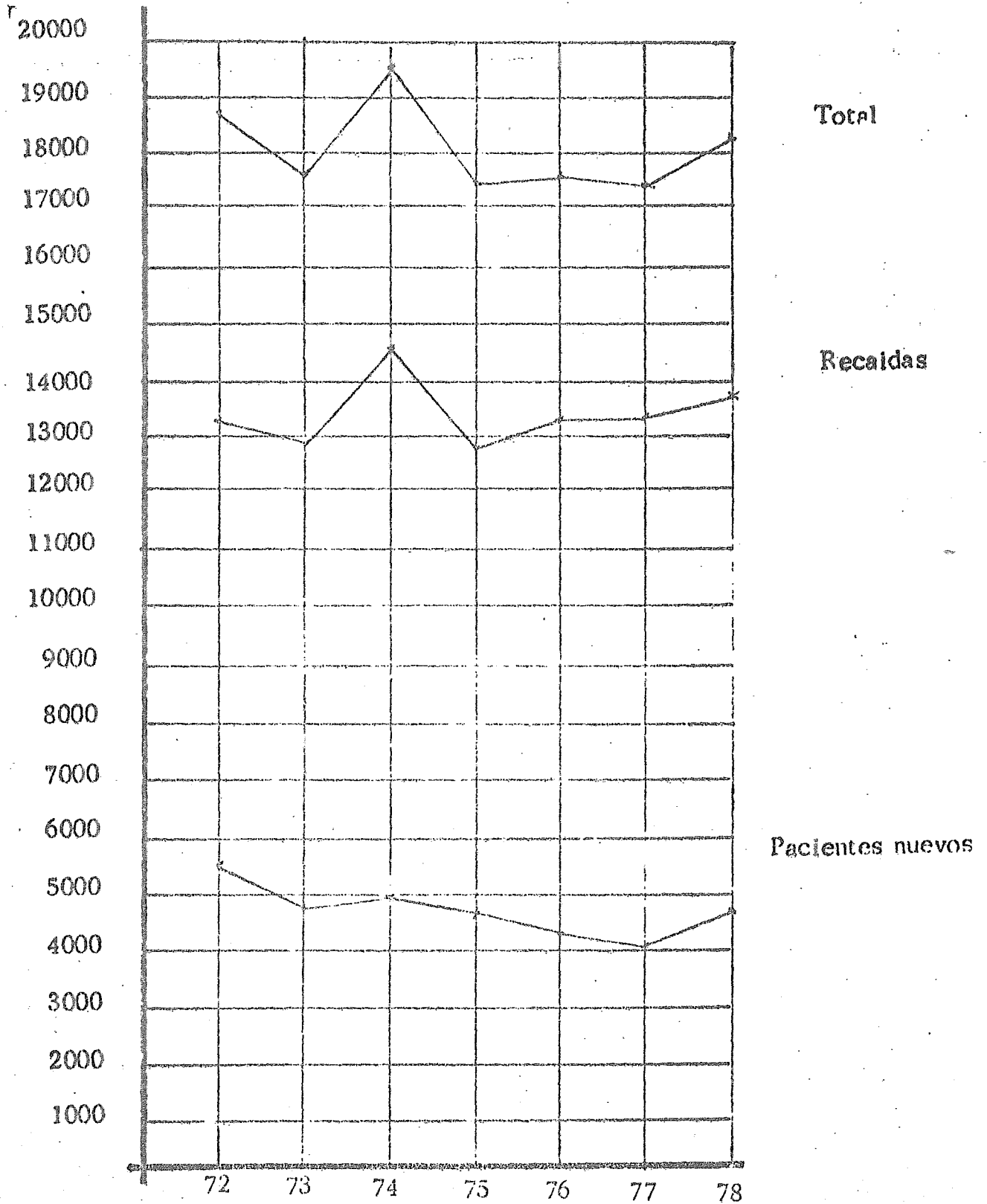
(1) Pacientes nuevos = consultas externas la. vez + ingresos.

(2) Recaídas = subsiguientes de C.E. + reingresos.

GRAFICA 7

Tomado de C.Martinez, op,cit., p, 197.

. DEMANDA DE SERVICIO.*



* FUENTE: Registro mensuales del Hospital.

3.4. Rehabilitación de Enfermos Mentales en México,

Si sistematizar la información disponible para trazar un panorama de la Salud Mental es difícil y el resultado final es incompleto, hacerlo en relación al problema de la rehabilitación es casi imposible si se toma en consideración únicamente la información destinada al público. Por otro lado, en los diferentes textos revisados para este trabajo tampoco hay mención a ningún tipo de evaluación hecha sobre programas de rehabilitación aplicados en instituciones mexicanas. Parece ser que si la Salud Mental es relegada en las actividades concretas de la Salud Pública, la rehabilitación se encuentra a su vez relegada en las tareas de Salud Mental, lo que no es poco decir.

Esta situación no es, por supuesto fruto del desconocimiento o de la ignorancia. Ya se había mencionado que la rehabilitación de los "inválidos psíquicos" es el 4^a objetivo general y permanente de la Dirección de Salud Mental de la SSA; no hay prácticamente ningún articulista que no comience su escrito haciendo una declaración respecto a la necesidad de rehabilitación de los enfermos mentales, pero raros son los casos que avanzan más allá para aportar datos concretos que ayuden a tener una visión global del proceso, de lo hecho, de las carencias, necesidades y futuros proyectos. En la revisión de los artículos publicados en los últimos 20 años en la revista Salud Pública de México (SPM) -fuente bibliográfica fundamental- sólo se ha logrado encontrar dos artículos específicos sobre el tema de la rehabilitación de los enfermos mentales, y ambos básicamente de carácter teórico y declarativo.

Como se decía anteriormente, no es por desconocimiento que esta situación se da. Se tiene claro incluso que el problema tiene una importante barrera social; ya en 1961 Gastón Castellanos afirmaba que para rehabilitar los enfermos mentales "La primera barrera que hay que salvar es la de modificar los conceptos que sobre alienación, peligrosidad e incurabilidad tiene la sociedad respecto a los enfermos mentales"⁷², y pasa a proponer en seguida una legislación que proteja a estos pacientes.

El psicólogo Hugo Elorriaga dice que el punto decisivo no es tanto el efecto directo de las enfermedades mentales para

que estas sean consideradas en su debida dimensión en las actividades prácticas de salud pública; lo importante es lo incapacitante que resultan en el sentido de sus "...implicaciones socioeconómicas por la resistencia a ocupar en actividades económicamente productivas a los enfermos que, en un grado de mejoría aceptable, pueden quedar reintegrados a la productividad del país...El título de 'enfermo mental' o de 'inválido' parece sembrar la desconfianza para utilizar a estas personas, que constituyen importante fuerza de trabajo"⁷³, y concluye su artículo afirmando la necesidad de encontrar técnicas rehabilitatorias idóneas para la rehabilitación del paciente a todos los niveles de su vida.

Tanto se tiene presente la dimensión social, en términos de los prejuicios o estereotipos que imperan en la sociedad - y en la psiquiatría misma, habría que agregar- respecto al loco, que se ha afirmado incluso que es parte de las tareas de las trabajadoras sociales dedicadas al cuidado de los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas el tramitar "...la admisión de los pacientes rehabilitados en los diversos trabajos y empleos que puedan desempeñar, interesando a los empresarios o directores para que colaboren en su incorporación a la sociedad como elementos productivos"⁷⁴.

Y sin embargo en los años setenta R.Velasco afirma que: "En materia de promoción de la salud mental, admitamos que es poco lo que se ha logrado. Las tareas de prevención y rehabilitación se han visto frenadas, no por falta de conocimiento de las acciones que deben emprenderse, sino por deficiencias en los presupuestos"⁷⁵, y pasa a decir que hay que ser realistas en el sentido de que hay necesidades más apremiantes. En 1977 Ramón de la Fuente afirma que en varios de los hospitales psiquiátricos no hay programas de rehabilitación⁷⁶. Y no sólo ahí; de las 52 investigaciones realizadas por el hace poco tiempo creado Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM) sólo una es directamente sobre rehabilitación, y de los 13 cursos realizados de 1977 a 1979 que formó a 1.416 personas, sólo hubo un curso sobre rehabilitación a enfermos mentales y que formó a 50 personas, "interesados no profesionales"⁷⁷.

Es así que no parece haber un programa cooordenado, dotado de metas claras, personal capacitado, instalaciones, etc.,

etc. La respuesta hasta aquí dada es que no hay presupuesto, la salud mental en general y la rehabilitación en particular no son prioridades. Pero también ya se ha visto que ciertos problemas concretos de Salud Mental, a edades determinadas y en ciertos sectores específicos de la población representan riesgos de primera magnitud. Hay preguntas que en realidad no parecen haber sido hechas: ¿Hay un interés efectivo de la sociedad por rehabilitar al enfermo mental? ¿Hay un espacio social, familiar, productivo para el enfermo mental rehabilitado? ¿La sociedad demanda enfermos mentales rehabilitados?

Lo que se ha tratado, por lo menos en teoría, en materia de rehabilitación, y que ha sido consagrado en el Programa de Salud Mental Comunitaria, son los llamados talleres protegidos. Los talleres protegidos, implementados ya en varios países, surgen como una respuesta a la necesidad de entrenar al paciente en tareas concretas, facilitar a través de un ambiente óptimo su inclusión en el proceso productivo que muchas veces se les niega en la comunidad. G. Calderón Narváez lo explica así: "A fin de que el paciente pueda trabajar y volver a ser elemento productivo para la sociedad, se han creado en muchos países los talleres protegidos, es decir, lugares donde se supervisa al enfermo en su actividad y es atendido por personal técnico que conoce su problema y sabe resolver cualquier situación de urgencia que pudiera presentarse. En estos lugares el paciente percibe sueldo, toma sus medicinas, recibe el beneficio terapéutico del trabajo, y se transforma de nuevo en un miembro activo de la comunidad"⁷⁸. Tienen también la especial ventaja de que como el paciente percibe sueldo disminuye la carga del Estado a este respecto. Aunque en teoría este sea un proyecto adecuado, se ha puesto también en cuestión algunos de los problemas que los talleres protegidos traen consigo; según Rafael Velasco, "Para la rehabilitación del enfermo mental, no basta la creación de 'talleres protegidos', en los que se hace una labor meritoria aunque parcial. En realidad, éste es un asunto que debiera dejarse en manos de los especialistas en rehabilitación; las instituciones dedicadas a estas tareas deberían ser creadas y manejadas por ellos, naturalmente en coordinación con los organismos encargados de la salud mental y la asistencia psiquiátrica. Debo advertir, sin embargo, que nuestra expe

riencia demuestra la inoperancia de que los talleres protegidos funcionen dentro de los hospitales para enfermos mentales. Casi son una invitación para una estancia prolongada del paciente, además de que dificultan la posibilidad de un pronto reintegro a la comunidad"⁷⁹.

Resta decir que si bien parece haber coincidencia en evitar las estancias prolongadas, la dirección oficial del trabajo de rehabilitación parece ir más bien en el sentido inverso que propone R. Velasco, es decir, procurar incorporar efectivamente el trabajo de rehabilitación en el interior de los hospitales psiquiátricos, dotándoles de un espacio propio para este fin⁸⁰. Tanto es así que desde su creación el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez cuenta en sus instalaciones con un "Hospital de Día" dedicado no sólo a pacientes que no ameritan internamiento "cerrado" sino que también a aquellos que pueden recibir terapia ocupacional en los talleres y que, en teoría, sería con su atención a 300 enfermos semanales o 16.000 asistencias anuales, "...el vehículo para la reestructuración y reincorporación de este núcleo de personas al medio social económico de México"⁸¹.

Se procurará en la tercera parte de este trabajo analizar el funcionamiento concreto de las instancias de rehabilitación existentes en el HPFBA. No obstante, el trabajo realizado por C. Martínez aporta datos sobre la situación de éste hospital que permiten ver, más o menos directamente, la situación de la rehabilitación existente ahí.

Aunque lo que esta autora tiene en vista en su análisis es el tratamiento considerado como un todo, varios de los datos que proporciona pueden ser interpretados en el sentido de dar una idea general de lo que puede estar pasando con la rehabilitación en el HPFBA. Esta autora parte de la siguiente hipótesis general: "En cuanto a la práctica institucional tal como se ejerce en esta formación económicossocial, responde menos a las expectativas de solución del problema de la población demandante que a la necesidad de ejercer un control sobre ella por parte de la clase dominante. Ello habrá de manifestarse tanto en la conducta de la población frente a esta respuesta, como en la finalidad implícita que se aprecia en el tratamiento psiquiátrico, que no se encamina hacia la solución real del padecimiento sino a su paliación, represión u ocultamiento, y que se manifiesta concretamente en los

resultados terapéuticos que logra (o más exactamente que no logra)"⁸². A continuación se presentan los datos que proporciona la autora para tratar de comprobar esta hipótesis.

Por el cuadro 49 se puede apreciar que solamente el 21.6% de los pacientes de la muestra tomada por C. Martínez, siguen como fuerza de trabajo activa; según la autora de los pacientes de la muestra sólo un 2% dependen del asilo, lo que significa que el 73% de los pacientes que pasan a ser excluidos del mercado de trabajo se sostienen ayudados por sus familiares.

El cuadro 50 da una idea de cuales son los sectores de la población más afectados; en primer lugar los asalariados, principalmente obreros, que son el 46% (o 37% si se excluyen a los burocratas), luego la pequeña burguesía (24%), en seguida las capas medias con el 11.6% (20.6% si aquí se incluyeran los burocratas), y 18% de miembros del ejército industrial de reserva. Es decir, casi todos los grandes sectores de la sociedad se ven representados en la muestra y a todos ellos los afecta la problemática en cuestión. Es interesante señalar que grupos de gran poder político de presión como lo son los obreros de punta, burocratas del Estado y otros, todos ellos asegurados del IMSS, ISSSTE u otros, debido a la prácticamente nula política de estas instituciones respecto a la salud mental terminan teniendo igual suerte y destino que subempleados o desvalidos cuando los aqueja un trastorno mental de mayor seriedad.

El cuadro 51 proporciona información adicional de importante significado. En él se puede ver claramente la enorme cantidad de personas que se ven fuera del mercado de trabajo como consecuencia de un trastorno mental prolongado o grave. Según C. Martínez, "El número de sub o desempleados aumenta de 15% en ocupación previa, a 43% en ocupación posterior, a expensas de 9% de asalariados, 4% de pequeña burguesía, 5% de capas medias, y 10% de amas de casa y estudiantes que si bien no trabajan remuneradamente, sí tenían las primeras una importante función en la reposición de la fuerza de trabajo de los miembros trabajadores del grupo familiar, y en cuanto a los segundos, si gracias a una mayor capacitación hubieran aumentado sus posibilidades de acceso al mercado de trabajo mejor pagado, con la enfermedad sufrida estas perspectivas desaparecieron. Nuevamente, es la clase obrera la más gol-

HISTORIA OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA. *

HISTORIA OCUPACIONAL	No	%	% AJUST.	USO DE LA FUERZA DE TRABAJO
Nunca ha trabajado	28	4.7		
Trabaja irregularmente	68	11.4	16.6	Fuera de uso
Trabajo previo adecuado, - posterior irregular	110	18.4		Perdida
No trabaja desde que enfermó	42	7.0	42.9	Totalmente
Trabajo adecuado fuera de brotes	175	29.3		
Trabajo inferior por incapacidad	5	0.8	74.1	Perdida parcialmente
Enfermó anciano, ya no trabaja	24	4.0		
Estudia aceptablemente	1	0.2	78.4	Fuerza de trabajo ya desgastada o en formación.
No ha dejado su ocupación habitual	125	20.9	21.6	F. de T. Activa
No datos	19	3.2		
TOTAL .	597	100.0	100.0	

* FUENTE: ...

RELACION DIRECTA O INDIRECTA CON EL PROCESO DE TRABAJO DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA, Y APROXIMACION A SU PERTENENCIA DE CLASE. MEXICO, 1968 - 79. *

Ocupación	Del responsable del paciente.	Del paciente propio.	Total	%	Aproximación a Clase Social.	
Obrero	105	30	135	24.2	46.0	Asalaria- dos (2)
Jornalero	16		16	2.9		
Empleado (Emp. privada)	48	7	55	9.8		
Empleado (Del Edo.)	42	9	51	9.1		
Artesano ó Peq. comerciante	59	25	84	15.0	23.9	Pequeña - Burguesía
Campesino	50		50	8.9		
Artista, Sacerdote, etc.	17	10	27	4.8	11.6	Capas Medias
Profesionista, Gerente, etc.	36	2	38	6.8		
Propietario de empresa	1	1	2	0.4	0.4	Capitalista
Subdesempleado (1) *	79	12	91	16.3	18.1	Ejército In- dustrial ó reserva.
Dependiente de institución	10		10	1.8		
Sin datos	33	5	38			
TOTAL :	496	101	597	100.0	100.0	

* FUENTE: Muestra de expedientes del archivo clínico del hospital; información correspondiente a la fecha de último contacto con la institución.

(1) Incluye limosneros, familias con formas emergentes de sobrevivencia en los tiempos en que el jefe enferma, etc.

(2) Sin distinguir dónde venden su fuerza de trabajo (y por tanto, sin entrar en la discusión sobre la diferencia entre salario y sueldo).

OCUPACION PREVIA Y POSTERIOR AL SURGIMIENTO
DEL PADECIMIENTO. *

Ocupación	Previa	%	Posterior	%	% P. Gral. (1)
Obrero	80	13.8	50	8.5	
Jornalero	12	2.1	3	0.5	
Empleado (Emp. privada)	40	6.9	35	6.0	
Empleado (del Estado)	30	5.2	23	3.9	
Asalariados en general	162	28.0		18.9	29.8
Artesano o peq. comer.	51	8.8	42	7.1	
Campesino	46	7.9	33	5.6	
Pequeña Burguesía	97	16.7		12.7	7.6
Artista, Sacerdote, etc.	15	2.6	10	1.7	
Profesionista, gerente, etc.	41	7.1	18	3.1	
Capas Medias	56	9.7		4.8	(2)
Propietario de empresa	1	0.2	2	0.3	3.3
Labores domésticas	105	18.1	86	14.6	29.9
Estudiante	71	12.2	33	5.6	15.5
Sub ó desempleado	88	15.2	254	43.1	13.9
Sin datos	17		8		
TOTAL	597	100.0	597	100.0	100.0

* FUENTE: Expedientes tomados en la muestra del archivo del hospital.
1967 - 79, México.

(1) Datos del censo del 70.

(2) A través de los datos secundarios no es posible distinguirlos de otros grupos.

peada por esta situación entre la población que acude al hospital estudiado"⁸³.

El cuadro 52 proporciona más información sobre las clases afectadas y los principales diagnósticos de que son objetos. Se puede ver que los principales afectados en la pérdida de trabajo son los asalariados y en seguida las personas que no están vendiendo fuerza de trabajo (especialmente amas de casa); los que no venden fuerza de trabajo y luego los asalariados, pequeños burgueses y capas medias son los que tienen mayor porcentaje respecto a una posible retomada del trabajo anterior.

Ahora bien, todos estos datos reunidos pueden sugerir varias explicaciones: 1. los trastornos y enfermedades mentales son de por sí incapacitantes (incurabilidad de las enfermedades mentales); 2. el enfermo mental pasa a ser un estigmatizado social y como tal ya no tiene lugar en la sociedad; 3. la pertenencia a una clase social determina el tipo de trastorno mental y las perspectivas futuras de reinserción ocupacional; y 4. no se está llevando a cabo una tarea sistemática de rehabilitación.

En realidad no se debe ni se tiene por que rechazar ninguna de estas posibilidades. Todas están presentes - aunque la primera es demasiado drástica y prejuiciada- y cabe a los estudios concretos analizar la forma cómo se superponen y el peso específico de cada uno de estos factores. Los datos que presenta C. Martínez a través de todo su trabajo representan una contribución importantísima para la comprobación de la hipótesis 3, y en cierta forma también, junto con todo el trabajo de la escuela italiana presentado en la primera parte, una desmitificación de la hipótesis 1. Por otro lado, aunque las enfermedades mentales fueran de por sí incapacitantes es tarea de la psiquiatría el disminuir esta incapacidad haciendo esfuerzos concretos para la rehabilitación del paciente, pero, los datos presentados así parecen atestiguarlo estos esfuerzos o no se hacen o no resultan ser adecuados, lo que se ve por la gran cantidad de sujetos, sobretudo asalariados, que se ven imposibilitados de regresar a su vida anterior, con sus responsabilidades sociales, familiares y económicas estabilizadas.

Otros datos presentados por la misma autora permiten avanzar un poco más en el análisis de lo adecuado o no de la atención prestada en el mismo hospital.

DISTRIBUCION DE LA HISTORIA OCUPACIONAL SEGUN APROXIMACION A CLASE SOCIAL Y DIAGNOSTICO. (*).

Historia Ocupacional	Aproximación a clase social (1)								Tipo de Diagnóstico (según la reagrupación del cuadro 17) (2)							
	total	As.	P.B.	C.	C.M.	L.D. y E.	E.I.R.	S.d.	total	I	II	III	IV	V	otros	s.d.
No tenía empleo estable aún antes de enfermar.	16.1	2.2	1.2		1.0	5.5	6.2		16.1	2.5	4.5	3.0	5.4	0.5	0.2	
Perdió total o parcialmente el acceso al trabajo desde que enfermó	55.6	19.3	11.2		5.3	13.6	6.0	0.2	55.6	10.4	7.0	19.1	18.2	0.3	0.3	0.2
Cuando enfermó no estaba trabajando por ser anciano, estudiante.	4.2	1.2	0.7			1.8	0.5		4.2	2.0	0.5	0.7	1.0			
Conserva la posibilidad de trabajar aún después de surgir el trastorno.	20.9	4.3	3.0	0.2	2.8	8.5	2.0		20.9	2.7	0.7	1.5	14.3	1.4	0.7	
Sin datos	3.2	0.2	0.2		0.2			2.6	3.2	0.8			0.3			2.0
TOTAL	100.0	27.2	16.2	0.2	9.4	29.5	14.7	2.8	100.0	18.4	12.7	24.3	39.0	2.2	1.2	2.2

(*) Fuente: expedientes de la muestra.

- (1): clave aproximación a clase social:
 As. Asalaridados (obreros, jornaleros y empleados).
 P.B. Pequeña burguesía (artesanos, campesinos, pequeños comerciantes).
 C. Capitalista.
 C.M. Capos medias
 L.D.yE. Labores domésticas y estudiantes.
 E.I.R. Ejercito Industrial de Reserva.
 s. d. Sin datos
- (2): clave agrupación de diagnósticos:
 I. Padecimientos derivados de lesión orgánica del tipo de tumores, etc.
 II. Padecimientos con sustrato orgánico con determinación social directa (tipo desnutrición, infecciones, etc.)
 III. Psicosis no orgánicas
 IV. Adicciones, neurosis
 V. Intervención de la Psiquiatría sobre determinadas conductas que ella define como anormales.

CUADRO 53

MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, 1972-78. *

AÑO	Existencia anterior	%	Ingresos	%	Reingresos.	%	Total	%	Egresos	% del total
72	382	14.2	1614	60.1	689	25.7	2685	100.0	2216	82.5
73	469	18.2	1404	54.4	700	27.4	2579	100.0	2136	82.8
74	443	17.0	1562	60.2	592	22.8	2597	100.0	2132	82.1
75	465	16.2	1641	57.1	768	26.7	2874	100.0	2417	84.1
76	457	15.8	1555	54.0	870	30.2	2882	100.0	2454	85.1
77	428	15.6	1335	48.5	987	55.9	2750	100.0	2255	82.0
78	485	17.2	1478	52.4	858	30.9	2821	100.0	2402	85.1

* FUENTE: Reportes mensuales del H.F.B.A.

En el ya presentado cuadro 48 se puede ver el elevado número de recaídas, y en el cuadro 53 el de reingresos que fluctúa de un 22.8 hasta un 55.9%. Eso significa que un gran porcentaje de pacientes se ve en la necesidad de presentarse más de una vez al hospital.

CUADRO 54

UTILIZACION DEL INTERNAMIENTO. *

AÑO	INDICE OCUPACIONAL	PROMEDIO DIAS ESTANCIA
72	75.14 %	74
73	80.15 %	75
74	77.66 %	73
75	76.20 %	67
76	79.09 %	65
77	79.25 %	77
78	73.41 %	80

* FUENTE: Reportes mensuales del HFBA.

CUADRO 55

MOTIVO DE LOS EGRSOS. *

AÑO	Curación	%	Mejoría	%	Traslado	%	Defunción	%
72			1498	67.6	141	6.4	72	3.2
73	20	0.9	1294	60.6	140	6.6	59	2.8
74	2	0.1	1431	67.1	150	7.0	38	1.8
75	31	1.3	1573	69.2	70	2.9	45	1.9
76	30	1.2	1691	68.9	81	3.3	40	1.6
77	32	1.4	1519	68.7	81	3.6	60	2.7
78	2	0.1	1713	71.5	105	4.4	40	1.7

* FUENTE: Reportes mensuales del HIBA.

Tomado de C.Martinez, Op.Cit., cuadro 24 del anexo-

Según el cuadro 54 el promedio de estadía fluctúa de dos meses a casi tres (80 días exactamente), lo que parece ser muy elevado, tratándose de un hospital para agudos.

Datos más significativos son los aportados por el cuadro 55. Los egresos por curación son mínimos hasta el punto de que en 1974 y en 1978 solamente dos personas en cada uno de estos años han sido dadas de alta como curadas. El mayor porcentaje de los egresos se da por mejoría, lo que explicaría el porque del gran porcentaje de reingresos y recaídas ya que la respuesta institucional no resuelve el problema sino que lo oculta, enfatizando las terapias sintomatológicas, es decir, que en cuanto los principales síntomas remiten, ayudados por los psicofármacos, el paciente es dado de alta y en gran proporción regresan luego.

Pero lo que habla de lo inadecuado de la respuesta institucional, tal como es vivida por el paciente y por sus familiares, es la gran cantidad de egresos por fuga y petición familiar; C.Martinez analiza de la siguiente forma estos datos: "Lo que se está poniendo de manifiesto parece ser lo siguiente: se presenta en una población un problema; el Estado le ofrece una respuesta; la respuesta es tomada por aquél que lo necesita, y abandonada cuanto antes. Puede o no haber conciencia de lo inadecuado de ella, pero el hecho es que se abandona"⁸⁴, y más adelante agrega, "Es

quizá aventurado, pero talvez no del todo falso, pensar que la fuga de los pacientes es un mecanismo que permite regular la saturación de la institución, especialmente en momentos económicamente difíciles. Aquí coincidiría la escasez de presupuesto para este tipo de hospital con el aumento de la miseria de los grupos de la población situados en la parte más baja de la clase trabajadora, de manera que se entablaría una lucha de los familiares por internar a su 'loco' (especialmente si no puede trabajar o está en desventaja en el mercado de trabajo por sus condiciones) y de la institución por no hacerlo o hacerlo el menor tiempo posible"⁸⁵.

CUADRO 56

NUMERO DE CONTACTOS DEL PACIENTE CON EL HOSPITAL.

No. Contactos	No	%	No. Pacientes X Contacto.
1	457	76.6	597
2	85	14.2	140
3	25	4.2	55
4	17	2.8	30
5	9	1.5	13
s/d	4	0.7	4
TOTAL,	597	100.0	597

* Fuente: Expedientes muestreados.

Tomado de C.Martinez, Op.Cit., cuadro 27 del anexo.

El cuadro 56 da una idea de como baja la disposición de los pacientes en volver a tener contactos con el hospital.

El cuadro 57 es particularmente interesante ya que, según lo que se propone en la teoría, es fundamental para un adecuado proceso de rehabilitación un seguimiento del paciente tanto durante la fase de remisión total o parcial de sus síntomas como durante la transición del paciente a la comunidad; pero se ve que en la práctica este control no abarca más que al 20% de los pacientes de la muestra estudiada por C.Martinez.

CUADRO 57

FORMA ACTUAL DE CONTROL MEDICO.*

Forma Actual de Control Médico.	No.	%
Internado	2	0.4
En consulta externa	64	10.7
Fuera del HFBA	59	9.9
Se ignora	469	78.6
S/D	3	0.5
TOTAL	597	100.0

* Fuente: Muestra de expedientes

Tomado de C.Martinez, Op.Cit., cuadro 28 del anexo.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DE LA SEGUNDA PARTE.

1- Caracterización de la Sociedad Mexicana.

1- Cfr. Revista Punto Crítico Año VI N^o 81 octubre de 1977, p.9. México.

2- Rolando Cordera, "Estado y Desarrollo en el Capitalismo Tardío y Subdesarrollado", en Investigación Económica, Vol. XXXI, N^o 123, México, julio-sept. de 1971.

3- *Ibid*, p.4. Cfr. también A. Aguilar Monteverde, "El Capitalismo en México", en Revista Estrategia, Vol.1, N^o 2, México, 1975.

4- Rolando Cordera, "Estado y Economía en México: La Perspectiva Histórica", en Economía de América Latina, revista del CIDE, N^o 3, México, 1979, p. 107.

5- Cfr. R. Cordera, "Estado y Desarrollo...", Op.Cit., pp. 466 y ss.

6- Cfr. R. Cordera, "Estado y Economía...", Op.Cit., pp. 101-102.

7- A. Aguilar M., Op.Cit., p. 5.

8- R. Cordera, "Estado y Economía...", Op.Cit., p.102.

9- *Ibid*, Cfr. pp. 103-104.

10- *Ibid*, p. 103.

11- R. Cordera, "Estado y Desarrollo...", Op.Cit., p.471.

12- Cfr. Ruy Mauro Marini, Subdesarrollo y Revolución, México: Editorial Siglo XXI, 1978, especialmente pp.113 y ss.

13- R. Cordera, "Estado y Desarrollo...", Op.Cit., p.501.

14- Revista Punto Crítico, Op.Cit., pp. 9-16.

15- *Ibid*, p.10.

16- *Ibid*, pp. 10-11.

17- *Ibid*, p. 11.

18- *Ibid*, p. 12.

19- *Ibid*, Cfr. pp. 12 y 13.

2- Algunos Aspectos de la Salud en México.

1- Daniel López Acuña, La Salud Desigual en México, México: Editorial Siglo XXI, 1980.

2- *Ibíd*, p.15. Igual perspectiva se encuentra en los trabajos de Asa Cristina Laurell; Cfr. A.C.Laurell y Esther Alicia Enriquez, "La política de Salud en la Crisis Económica; 1976-1978", en Territorios, Revista de la UAM-Xochimilco, N^o 2, México, 1980.

3- Cfr. D.López Acuña, *Op.Cit.*, pp. 20 y ss.

4- *Ibíd*, p. 37.

5- *Ibíd*, p. 38.

6- *Ibíd*, p. 39.

7- *Ibíd*, p. 71.

8- *Ibíd*, p. 93.

9- La bibliografía a este respecto comienza a ser amplia aunque todavía hacen falta muchos datos empíricos al respecto. Cfr. Mario Timfo, Clases Sociales y Enfermedad, México; Editorial Nueva Imagen, 1979.; A.C.Laurell, "Medicina y Capitalismo en México", en Cuadernos Políticos N^o 5, México; Editorial ERA, 1976; A.C.Laurell, "Proceso de Trabajo y Salud", en Cuadernos Políticos N^o 17, México; Editorial ERA, 1978-

10- D.López Acuña, *Op.Cit.*, p. 40.

11- *Ibíd*, p. 161.

12- *Ibíd*, p. 164.

13- A.C.Laurell, "Medicina y Capitalismo...", *Op.Cit.*

14- D.López Acuña, *Op.Cit.*, pp. 98-99.

15- *Ibíd*, Cfr. p. 99.

16- *Ibíd*, p. 100.

17- Cfr. A.C.Laurell, "Medicina y Capitalismo...", *Op.Cit.*, pp. 87 y ss.

18- A.C.Laurell y E.A.Enriquez, *Op.Cit.*, p. 6.

19- D.López Acuña, *Op.Cit.*, p. 107. Cfr. A.C.Laurell y E.A.Enriquez, *Op.Cit.*, pp. 3 y 4, donde se encuentran cifras sobre los sectores más afectados por esta reducción en el número de asegurados.

20- D.López Acuña, *Op.Cit.*, pp. 108-109.

21- *Ibíd*, p. 113.

22- *Ibíd*, Cfr. p. 170.; también A.C.Laurell y E.A.Enriquez, *Op.Cit.*, pp. 3 y ss.

23- D.López Acuña, *Op.Cit.*, p. 174.

24- *Ibíd*, pp. 177, 178 y 179.

25- *Ibíd*, pp. 180-181.

26- Cfr. A.C.Laurell y E.A.Enriquez, *Op.Cit.*, p.7.

3- Salud mental y Rehabilitación en México.

1- Para tener una idea de lo prematuro de tal hecho, es hasta 1773 que se funda, en Williamsburg, Virginia, el 2º hospital de semejante naturaleza en América, y en 1785 se funda el tercero en Quito, Ecuador. En 1956 se funda en Tegulcigalpa, Honduras, el primer hospital psiquiátrico de este país. Cfr. Jorge M. Velasco Alzaga, "La Salud Mental en las Americas", en Boletín de la OSP, Vol. LIV, N° 6, 1963.

2- Josefina de Gonzales Mariscal y Gregorio Gonzales Mariscal, "Hospitales para Enfermos Mentales en la Colonia", en Salud Pública de México (SPM), Época V, Vol. IX, N°4, julio-agosto de 1967, p. 517.

3- Guillermo Calderón Narváez, "Actividades Desarrolladas en México en Relación con la Salud Mental", en SPM Época V, Vol. IX N°4, julio-agosto de 1967, p. 517.

4- Ibíd., p.517.

5- No se puede aquí entrar a detallar lo ocurrido en esta época, ni las particularidades de las prácticas llevadas a cabo en ambos hospitales. Para más información Cfr. Germán Somolinos D'Ardois, Historia de la Psiquiatría en México, México: Col. Setenta, No.258, SEP, 1976.

6- Héctor M. Cabildo y Col., "Estado Actual de la Higiene Mental en México", en Revista El Médico, Año 15, No. 6, 1965, p. 63.

7- Rafael Velasco Fernández, "El Futuro de la Psiquiatría Institucional en México", en Héctor Sánchez y Otros, La Lucha en México contra las Enfermedades Mentales, México: Fondo de Cultura Económica, 1974, p.116.

8- J.M.Velasco Alzaga, Op. Cit., p.492.

9- Manuel Velasco Juárez, "Asistencia Adecuada y Rehabilitación para Enfermos Nerviosos (Neurológicos y Mentales)", en SPM, Epoca V, Vol. IV, No. 3, Mayo-Junio, 1962, pp.409-410.

10- H. Cabildo y Col., Op. Cit., Cfr. p. 65.

11- Cfr. Guillermo Calderón Narváez, "La Salud Comunitaria en México", en H. Sánchez y Otros, Op. Cit., p. 21.

12- Ibíd., pp.21-22.

13- R. Velasco Fernández, Op. Cit., p.124.

14- Ibíd., p.125.

15- Ramón de la Fuente, "La Salud Mental en México", en Revista Salud Mental, Año I, Vol I, No. 1, México; Agosto de 1977, pp. 5,8 y10 respectivamente.

16- Guillermo Calderón Narváez y H. Cabildo, "La Dirección de Salud Mental de la SSA", en SPM, Epoca V, Vol.IX, No.4, Julio-Agosto, 1967, p. 541.

17- Ibíd., p. 541.

18- Ibíd., p. 545.

19- Ibíd., p.546.

20- Ibíd., p. 546.

21- Javier Garcíaadiego Madrid, "Estructura y Funcionamiento del 'Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez' ", en SPM, Epoca V, Vol. IX, No.4, Julio-Agosto de 1967,, p. 559.

22- Carlos Tejada Ruiz, "Los Hospitales Granjas", en SPM Epoca V, Vol IX, No. 4, Julio-Agosto de 1967, p.587.

23- Ibíd., p.588.

24- Cfr. Hugo Elorriaga M., "Los Trastornos Mentales Nerviosos en la República Mexicana y en el D.F. 1975", en SPM, Epoca V Vol. 18, No. 3., Mayo-Junio de 1976, p. 583, y Carlos Campillo S. y Col., "La Epidemiología del Uso de las Drogas en México", en Revista Salud Mental, Vol.2, Año 2, No.1, Marzo de 1979, p. 10.

25- Epidemiología de los Trastornos Mentales, 8ª Informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, Serie de Informes Técnicos, No. 185, Ginebra, 1960, p. 5.

26- Héctor M. Cabildo, "Panorama Epidemiológico de los Desórdenes Psiquiátricos en la República Mexicana", en SPM, Epoca V Vol., 13, No. 1, Enero-Febrero, 1971, p.53.

27- Carlos Campillo S. y Col., Op. Cit., p.10.

28- Ibíd., Cfr. pp.10-11.

29- Cfr. Octavo Informe, Op. Cit., p.7.

30- Cfr. Jorge M. Velasco, Op. Cit. p. 497.

31- Cfr. H. Cabildo, "Panorama Epidemiológico..", Op. Cit., pp. 53-54.

32- Carolina Martínez Salgado, Trastornos Mentales en la Ciudad de México en un Periodo de Crisis Económica, Política y Social, Tesis de Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1979.

- 33- G. Calderón Narváez y H. Cabildo, Op. Cit., p.545.
- 34- C. Martínez Salgado, Op. Cit., Cfr. pp. 107-108,
117-118 y 156.
- 35- Octavo Informe..., Op. Cit., p.11.
- 36- Cfr. C. Martínez, Op. Cit.
- 37- Cfr. Octavo Informe..., Op. Cit. p. 12.
- 38- Cfr. J.M.Velasco, Op. Cit., p. 497.
- 39- René González Uzcategui, "Salud Mental en América Latina: Problemas y Perspectivas", en Boletín de la OSP, Vol. LXXXI, No. 2, Agosto de 1976, pp.97-98.
- 40- C. Martínez, Op. Cit., p.157.
- 41- Ibid., p.160.
- 42- Cfr. R. González U., Op. Cit., p. 98.
- 43- C. Martínez, Op. Cit., p. 159.
- 44- H. Cabildo, "El Suicidio como Problema de Salud Mental" en SPM, Epoca V, Vol. 8, No. 3, Mayo-Junio de 1966. También H. Cabildo, "Consideraciones Sobre el Problema de la Salud Mental en México", en SPM, Epoca V, Vol. 9, No.4, Julio-Agosto de 1967.
- 45- Cfr. R. González, Op. Cit., p. 98
- 46- D. López Acuña, Op.Cit.,pp.68-69.
- 47- H. Cabildo y H. Elorriaga, "El Suicidio como Problema de Salud Mental", Op. Cit., p.441.
- 48- R. González, Op. Cit., p.97; Cfr., J.M.Velasco, Op. Cit., pp.501-502.
- 49- Víctor Ruiz Delgado, "Alcoholismo y Dependencia" en H. Sánchez y Col., Op. Cit., pp. 46 y ss.
- 50- Ibid., p.50
- 51- Ibid., p. 49.
- 52- H. Elorriaga, "Los Trastornos Mentales...", Op. Cit. pp. 581-582.
- 53- Ibid., p. 585.
- 54- Ibid., Cfr. Cuadro 3, pp. 585-590.
- 55- Ibid., p. 590.
- 56- C. Martínez, Op. Cit.,pp.184-185.
- 57- Ibid., Cfr. pp. 193 y 225.
- 58- C. Campillo y Col., Op. Cit., Cfr. p 12.
- 59- Cfr. C. Pucheu R. y Javier Torres T., "Estado Actual y Perspectivas del Problema de la Farmacodependencia en México", en Revista de Salud Mental, Año 3, Vol.3, No.2, México, 1980.

- 60- Cfr. J.M.Velasco, Op. Cit., pp.504-505.
- 61- Cfr. R. González, Op. Cit., p. 100.
- 62- *Ibid.*, p. 103.
- 63- Cfr., R. de la Fuente, Op. Cit., p.7.
- 64- Cfr., J.M.Velasco, Op. Cit., pp.505-506.
- 65- Cfr., H. Cabildo, "Consideraciones Sobre...", Op. Cit., p. 504.
- 66- R. de la Fuente, Op. Cit., Cfr. p.7.
- 67- Cfr. G. Calderón N. , "La Salud ...", Op. Cit., p.21.
- 68- Cfr., G. Calderón y H. Cabildo, Op. Cit., p.543.
- 69- R. de la Fuente, Op. Cit., p.8.
- 70- C. Martínez, Op. Cit., pp. 181-182.
- 71- *Ibid.*, pp.197-198.
- 72- Gastón Castellanos U., "Rehabilitación de los Enfermos Mentales Crónicos en el Hospital Granja 'Bernardino Alvarez' ", en *SPM*, Epoca V, Vol. 3, no. 6, Noviembre-Diciembre de 1961, p.919.
- 73- H. Elorriaga, "Los Trastornos Mentales...", Op. Cit., pp. 581-582.
- 74- Renán Villanueva Sosa, "Las Instituciones Especializadas en Salud Mental, sus Relaciones entre sí y con otras Instituciones" , en *SPM*, Epoca V, Vol. 9, No.4, Julio-Agosto de 1967, p.554.
- 75- R. Velasco, Op. Cit., p.126.
- 76- R. de la Fuente, Op. Cit., p. 9.
- 77- Cfr. Resumen de Actividades Realizadas en 1977-1979 en Coordinación: Dirección General de Salud Mental SSA, y Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, en *Revista Salud Mental*, Vol.2, Año 2, No.4, Diciembre de 1979.
- 78- G. Calderón, "Programa de Salud Mental Comunitaria en México", en *Boletín OSP*, Vol. LXXV, No. 5, Noviembre de 1973, p.436.
- 79- R. Velasco, Op. Cit., pp.129-130.
- 80- Cfr., Ulises Iturde Guerra, "Rehabilitación y Psiquiatría", en *SPM*, Epoca V, Vol. 19, No. 5, Septiembre-Octubre de 1977.
- 81- J. Garcíadiego, Op. Cit., p.561.
- 82- C. Martínez, Op. Cit. p. 116.
- 83- *Ibid.*, p. 195.
- 84- *Ibid.*, p. 204.
- 85- *Ibid.*, p.205.

III- REHABILITACION EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ " :
EL HOSPITAL PARCIAL.

1.0. Antecedentes.

Para terminar este trabajo se ha procurado ejemplificar el estado actual de la rehabilitación de los enfermos mentales en México con un caso particular de programa rehabilitatorio. Con este objetivo se ha estudiado en forma exploratoria el programa de rehabilitación realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) y se presenta aquí, en forma descriptiva y no analítica, los resultados de dicho estudio. En la parte dedicada a las conclusiones se procurará incorporar el significado de esta experiencia al contexto global presentado en la 2ª parte, y según el marco teórico del principio del trabajo.

Algunas aclaraciones son importantes de hacer. En primer lugar, respecto al HPFBA. Durante toda la segunda parte se ha presentado ya la suficiente información para tener claro el tipo de hospital que es, sus servicios generales, los pacientes que ahí acuden y su puesto dentro de la organización de la atención institucional de la psiquiatría mexicana. Debido a la representatividad de dicho hospital, tanto en términos de la población a que atiende como por su carácter institucional, se decidió utilizarlo como ejemplo para el estudio exploratorio. Por otro lado este hospital sirve también de escenario óptimo por haber sido ya objeto de una importante investigación por parte de C. Martínez, de tal forma que se tenía en manos el conocimiento de varios de sus aspectos generales, lo que significaba un avance en el sentido de conocer los marcos del trabajo de rehabilitación que ahí se da.

Otra aclaración que debe ser hecha se refiere al tipo de información utilizada. Han sido tres las fuentes de información consultadas. En primer lugar en Manual de Procedimientos del Hospital Parcial¹, folleto mimeografiado de uso interno que resume la opinión oficial respecto a todo lo que concierne al Hospital Parcial en términos institucionales. En segundo lugar se ha obtenido datos de los expedientes de los pacientes del Hospital Parcial; se han utilizado todos los expedientes que se encontraban en este archivo, en total de 46, entre pacientes dados de alta y pacientes en consulta actual. Por último se ha hecho mano de entrevistas informales hechas a los responsables de talleres y a

a responsables del funcionamiento del Hospital Parcial; por supuesto que las opiniones así obtenidas no reflejan la política oficial de la institución. Las entrevistas informales implican, por otro lado, un sesgo importante que, sin embargo, queda dentro de los límites del estudio exploratorio.

Es necesario aclarar también por qué se habla aquí de Hospital Parcial, cuando en la segunda parte se mencionaba que la sección dedicada, dentro del HPFBA, al trabajo rehabilitatorio era el llamado Hospital de Día que daría atención a 300 enfermos semanales o 16.000 asistencias anuales (Cfr. 2^a parte de este trabajo, punto 3.4.). Es necesaria una pequeña explicación al respecto.

En efecto, desde su fundación, la Planta Baja del HPFBA tiene espacios dedicados a los talleres de terapia ocupacional pero, según las entrevistas informales, el llamado Hospital de Día nunca funcionó como se proponía en la teoría. En realidad antes de la creación del Hospital Parcial no había un trabajo planeado de rehabilitación, ni criterios de funcionamiento ni directrices sistematizadas para llevarlo a cabo.

El procedimiento típico que se llevaba a cabo era, más o menos el que sigue. Los pacientes eran enviados de los pisos en donde se encontraban hospitalizados a los talleres por órdenes del médico encargado y en los talleres se les "entretenia" en alguna ocupación. Los únicos criterios existentes para que los pacientes fueran llevados a los talleres eran su "buen comportamiento" en sus respectivos pisos y que no estuvieran en estado muy agitado, es decir, que presentaran cierta remisión en los síntomas. Los pacientes bajaban de los pisos a los talleres con una tarjeta de asistencia en la mano que debería ser sellada por el responsable del taller y, he aquí el verdadero placer, después de estar una hora en el taller, ya con la tarjeta sellada, se les permitía pasar al jardín a descansar, tomar el sol y encontrar un pequeño espacio en donde vivir su soledad sin vigilia, órdenes o tutela, como lo expresa Goffman. Por otro lado, la información sobre si el paciente bajaba o no al taller, qué hacía, como era su participación, etc., no se compaginaba en ningún lugar de su historia clínica lo que significaba, en la práctica, una total ausencia de control sobre el proceso rehabilitatorio.

Lo que aquí se ha escrito en pasado, se puede repetir en presente pues es el mismo proceso que siguen todos los pacien-

tes de piso que no están dentro del actual Hospital Parcial. Es decir, que fuera de los 19 pacientes que siguen actualmente el programa del Hospital Parcial, el trabajo rehabilitatorio que se lleva a cabo en el HPFBA es el descrito en las líneas de arriba. Aun que se quisiera probar una hipótesis más definida sobre la rehabilitación, relacionarla con los condicionamientos sociales, etc. etc., el investigador tropezaría, en la práctica, con la total carencia de información respecto a qué se ha hecho en el pasado con la rehabilitación de los enfermos mentales en este hospital.

2.0. El Hospital Parcial.

2.1. Aspectos generales.

El 5 de septiembre de 1979 comienza a funcionar el proyecto del Hospital Parcial. Las razones del por qué se crea se remiten al panorama anterior de falta de trabajo rehabilitatorio sistemático y controlado, necesidad de lograr una mayor remisión del padecimiento y la búsqueda de un programa que logre reducir los gastos de estadia del paciente, es decir, mejor rendimiento del trabajo institucional en términos de costo/paciente.

Los propósitos, según el Manual de Procedimientos, son: "El servicio de Hospitalización Parcial ha sido creado para disponer de un recurso más, que permita la atención integral del enfermo mental rebasando el modelo tradicional en el que el paciente permanece bajo el sistema de hospitalización continua o de consulta externa, y en donde la psicofarmacología es el principal y en ocasiones, el único recurso.

"Se pretende que la Hospitalización continua sea breve y, al lograr la remisión de la fase aguda de su enfermedad brindarle una atención integral que permita evitar el deterioro y rehabilitarlo en la más amplia medida"².

La intención de sus impulsores es de que este servicio sea multidisciplinario e integral, o sea, médico-farmacológico, psicológico y social: "Esta modalidad contempla al enfermo mental en interacción recíproca con el medio ambiente en que se desarrolla; emplea instrumentos de diagnóstico que permiten identificar el papel de los factores sociales y culturales que influyen en la etiología y evolución de sus padecimientos y establece estrategias orientadas a lograr la resocialización de acuerdo a las potencialidades de cada individuo, en donde la Psicoterapia y la educación y orientación a la familia del enfermo juegan un papel de importancia central"³.

En efecto, se busca en la práctica enfatizar todo lo referente al trabajo con las familias de los pacientes. Para tal se lleva a cabo una sección de orientación familiar una vez cada

dos o tres semanas, en donde se busca no sólo un más profundo conocimiento del padecimiento del paciente y de su dinámica familiar, sino que también se procura señalar la importancia de considerar al enfermo como un miembro útil que puede desempeñar ocupaciones dentro y fuera del hogar. Por regla general se considera que la asistencia de los responsables se viene llevando adecuadamente a la práctica y de que efectivamente se logran progresos en la dinámica familiar del paciente. En realidad, la opinión de los responsables del servicio es de que el enfermo mental es un estigmatizado social y que es tarea del Hospital Parcial el procurar un cambio de este estereotipo, y que el cambio debe empezar a partir de las familias. Hasta ahí puede llegar la tarea del Hospital.

En teoría el Hospital Parcial debe tener dos niveles de atención, aunque en hasta ahora sólo se ha podido llevar a la práctica el 2º de ellos. Los niveles son: "El primero que incluye la organización, supervisión y evaluación de las actividades ocupacionales y socio-recreativas que se desarrollan con pacientes hospitalizados en las áreas físicas de piso, en los talleres de Terapia Ocupacional y zonas de recreo disponibles, que en conjunto coadyuvan a la pronta recuperación de las condiciones previas al internamiento. El segundo nivel comprende las actividades médicas y paramédicas dirigidas a 90 enfermos que en calidad de externos acuden diariamente al hospital para recibir atención especializada en base a un programa que establece la aplicación de diversas estrategias terapéuticas que permitan su rehabilitación integral"⁴. Resumiendo, el primer nivel se encargaría de coordinar todas las actividades de rehabilitación e interacción social de todos - o todos que estén en condición- los pacientes del HPFBA terminado con la falta de criterios y fines que rige actualmente; este primer nivel todavía no entra en funcionamiento. El segundo nivel consiste en un régimen de pacientes medio-internos que llegan a las 9 horas y regresan a su casa a las 14 horas; en el Hospital Parcial reciben sus medicamentos, Psicoterapia, Terapia Ocupacional, etc., hasta ser dados de alta.

2.2. Los recursos.

Como se puede deducir a partir de los niveles de operación del Hospital Parcial, éste debe tener una cierta independencia de los otros servicios del HPFBA. En efecto el personal con que cuenta depende una parte directamente del Hospital Parcial, o sea, es personal de planta, y otra parte depende del HPFBA, o sea, es únicamente asignado al Hospital Parcial y puede ser retirado de éste último en cualquier momento que la administración central lo crea conveniente.

Según el Manual de Procedimientos, el Hospital Parcial, para atender a 90 pacientes -cupo máximo calculado- debe tener el siguiente personal:

- 6 psiquiatras
 - 3 psicólogos
 - 3 trabajadores sociales
 - 8 técnicos rehabilitadores
 - 21 terapeutas ocupacionales
 - 6 enfermeras
 - 2 maestros de educación física
 - 1 maestro de música
 - 1 secretaria
 - 1 auxiliar de intendencia
- Total: 52

Según los responsables del servicio, el Hospital Parcial, que atiende actualmente a 19 pacientes en consulta diaria, tiene el siguiente personal:

- 4 psiquiatras*
 - 2 psicólogos y un pasante en psicología
 - 5 técnicos rehabilitadores*
 - 21 terapeutas ocupacionales*
 - 1 enfermera
 - 1 trabajador social
- Total: 34

*Dependen directamente del Hospital Parcial

De los psiquiatras actuales, casi todos trabajaban ya en otras dependencias del HPFBA hasta que fueron encargados de estructurar y poner en funcionamiento el programa del Hospital Parcial.

cial. Los técnicos rehabilitadores provienen de una graduación que realizó su curso técnico en el mismo HPFBA, siendo luego invitados, algunos de ellos, a incorporarse al proyecto del Hospital Parcial que apenas empezaba a discutirse. Ya los terapeutas ocupacionales ocupan el mismo puesto que tenían antes de la creación del Hospital Parcial, cuando atendían únicamente a los pacientes hospitalizados de piso; después de la creación del Hospital Parcial, aunque siguen atendiendo a los antiguos pacientes de piso.

Las tareas que en teoría, según el mismo Manual de Procedimientos, debe cumplir el personal son:

Area Psiquiatría

- 1- Clínica de Ingreso; 2- Elaboración de la Historia Clínica;
- 3- Consulta Psiquiatra Periódica (incluye psicoterapia y tratamiento farmacológico); 4- Psicoterapia de Grupo; 5- Psicodrama de Grupo; 6- Terapia de Danza; 7- Terapia de Artes Plásticas; 8- Terapia Literaria; 9- Terapia Extrahospitalaria (consiste en paseos y visitas con los pacientes todos los viernes); 10- Coordinación del Módulo (cada 15 pacientes trabajan juntos, coordinados por el psiquiatra, en un módulo); 11- Sección Clínica de Módulo (intercambio de información entre los profesionistas del mismo módulo); 12- Sección Académica de Servicio (intercambio de información entre los diferentes módulos); 13- Sección de Orientación Familiar; 14- Clínica de Egreso.

Area Psicología

- 1- Entrevista Inicial al Paciente y a su Familia; 2- Psicoterapia de Grupo (como coterapeuta); 3- Psicodrama de Grupo (como Yo auxiliar); 4- Dinámica de Grupo (como conductor); 5- Terapia Extrahospitalaria; 6- Sección Clínica del Módulo; 7- Sección Académica del Servicio; 8- Aplicación de Pruebas Psicológicas; 9- Sección de Orientación Familiar.

Area Trabajo Social

- 1- Entrevista Inicial al Paciente y a su Familia; 2- Orientación e Información al Paciente y a su Familia; 3- Psicodrama de Grupo (como Yo auxiliar); 4- Estudio Psicosocial de Campo; 5- Terapia Extrahospitalaria; 6- Sección Clínica del Módulo; 7- Sección Académica del Servicio; 8- Citatorios al Paciente y a su Familia; 9- Secciones de Orientación Familiar; 10- Notificación a la Familia

en caso de Emergencia; 11- Tramites de Rescate del Paciente; 12- Egreso del Paciente.

Area Terapia Ocupacional

1- Entrevista Inicial al Paciente y a su Familia*; 2- Recepción del Paciente a los Talleres*; 3- Supervisión de Talleres*; 4- Actividades en los Talleres; 5- Sección Clínica del Módulo*; 6- Sección Académica del Servicio*; 7- Sección de Orientación Familiar*,
* A cargo del Jefe de Terapia Ocupacional.

Area Rehabilitación

1- Entrevista Inicial al Paciente y a su Familia; 2- Lectura del Periódico; 3- Psicodrama de Grupo (como Yo auxiliar); 4- Terapia de Danza; 5- Terapia de Artes Plásticas; 6- Terapia Litararia; 7- Asamblea de Pacientes (mitin comunicativo entre los pacientes y miembros del módulo); 8- Organización de la Terapia Extrahospitalaria; 9- Terapia Extrahospitalaria; 10- Supervisión de los Aspectos Administrativos Inherentes al Servicio; 11- Sección Clínica del Módulo; 12- Sección Académica del Servicio; 13- Sección de Orientación Familiar; 14- Proyección Cinematográfica; 15- Festejos Nacionales.

Area Enfermería

1- Clínica de Ingreso; 2- Ingreso del Paciente; 3- Administración de Medicamentos; 4- Actividades Diarias; 5- Actividades Complementarias; 6- Control de Medicamentos; 7- Sección Clínica del Módulo; 8- Sección Académica del Servicio; 9- Interconsultas Intrahospitalarias; 10- Atención de Emergencia.

Respecto a los talleres de terapia ocupacional, se ha recopilado la siguiente información.

Los talleres que existen actualmente son los de carpintería , pirograbado, pintura artística, tejido de tapetes, bordado y corte y confección.

Ahora bien, los talleres del Hospital Parcial no son talleres protegidos. Es importante esta aclaración porque, como se vió en la segunda parte de este trabajo, se ha generado toda una discusión entre los psiquiatras mexicanos sobre la necesidad, en teoría, de llevar a cabo la organización de las tareas de reha

bilitación teniendo como punto fundamental, precisamente, la existencia de los talleres protegidos. Ni en el servicio general del HPFBA ni en el Hospital Parcial la rehabilitación se lleva a cabo de esta forma.

Según las entrevistas informales realizadas, los talleres del Hospital Parcial no funcionan como talleres protegidos ni se pretende en el programa que funcionen como tal ya que no es meta de éste la rehabilitación laboral, es decir, no es realizable dicha meta. La opinión general es que ni hay conciencia de la necesidad ni hay posibilidades financieras, organizativas o de recursos humanos para implementar los talleres protegidos. Lo que, según la misma fuente, es posible y haría falta implementar sería una serie de talleres más comerciales, como por ejemplo talleres de plomería, electricidad o cocina. El objetivo, más bien, de los talleres que funcionan en el Hospital Parcial, es el de lograr inculcar (o reinculcar) en el paciente una cierta disciplina de trabajo. Hasta aquí llega.

Desde el punto de vista organizativo, es útil señalar que el Patrimonio del HPFBA fornece el material para los talleres, el producto hecho se vende al precio del costo y el dinero recaudado regresa al Patrimonio para la compra de más material.

De los seis talleres existentes en el momento de ser realizada esta investigación, se vistaron tres de ellos, los de carpintería, confección de tapetes y tejido (bordado).

Los talleres de tapetes y tejido funcionan conjuntamente y tienen dos personas encargadas, una para cada taller. Una de ellas tiene 6 años como maestra de tejido y la otra 8 años como maestra de tapetes. Ninguna de las dos tiene una formación especializada como terapeuta ocupacional a cargo de enfermos mentales. Sin embargo son personas que tienen una amplia experiencia y conocimiento empírico de un tipo muy especial debido al trato prolongado con el manejo de los enfermos mentales; ambas vinieron de La Castañeda, sus padres mismo ya habían trabajado en este Manicomio y una de ellas ya tiene 23 años trabajando en contacto con los enfermos mentales. La experiencia suple a la técnica.

Los talleres se encuentran aseados, las herramientas cuidadas y la materia prima a la disposición de los pacientes. La entrevista se ve interrumpida en varios momentos para que las maestras se ocupen de los pacientes que solicitan su atención pa-

ra realizar algún punto más complicado o para pedir permiso para ir a asearse.

En el momento de la entrevista, había en los talleres de tejidos y tapetes 51 pacientes en total. De estos, 34 eran pacientes de hospitalización, y 17 del Hospital Parcial, de los cuales 4 estaban en el taller de tejido y 13 en el de tapetes.

Según las encargadas, el papel de las rehabilitadoras es pequeño. Por regla general el paciente elige el taller que más le gusta por iniciativa propia y queda asignado durante todo el mes a este taller. Las terapeutas ocupacionales son las verdaderas encargadas, pasan lista de los presentes, se ocupan de todo lo relacionado con la buena marcha del taller y de terminar los trabajos que los pacientes, por regla general, dejan incompletos, para así poderlos vender. La asistencia de los pacientes del Hospital Parcial es bastante regular, lo que contrasta con la de los pacientes de piso, mucho más aleatoria. Los pacientes se colocan en pequeñas mesas para cuatro personas en donde realizan su tarea con calma, mientras platican con sus compañeros. Las terapeutas sólo intervienen cuando se les solicita.

En el taller de carpintería habían 6 pacientes del Hospital Parcial y, en el momento, ninguno de piso. Los dos maestros a cargo -también sin preparación especializada- relatan que en el taller se hacen juguetes, repisas y libreros. Los pacientes del Hospital Parcial son comparados constantemente con los de piso, ya que los primeros -a diferencia de los últimos- son considerados más habilidosos, constantes y con más estudios (se señala al paciente que cursaba la Licenciatura en Leyes).

Aunque por regla general no se les presiona para que acaben el trabajo, varios de los pacientes del Hospital Parcial sí lo hacen, aunque -dicen los maestros carpinteros- no ha habido paciente que haya logrado aprender toda la profesión. Por regla general es poca la ingerencia del técnico rehabilitador, y la mayoría de las tareas recaen sobre los maestros.

2.3. Los pacientes.

El Hospital Parcial debería tener, en teoría, 90 pacientes divididos en 6 módulos de 15 pacientes cada uno, cada módulo con su grupo de profesionales coordinados por el psiquiatra e integrados a través de la Sección Académica del Servicio. Desde su inicio hasta la fecha el Hospital Parcial ha recibido a 46 pacientes, 27 ya dados de alta y 19 que siguen actualmente en consulta.

Hay algunos criterios para que una persona sea paciente del Hospital Parcial. Estos son: Provenir de consulta externa u hospitalización del HPFBA, con remisión de padecimientos, tener entre 18 y 55 años, vivir en el D.F. y tener fácil acceso al Hospital y estar inactivos en el área laboral o escolar. Se aceptan pacientes de ambos sexos, y los familiares deben de aceptar participar en el programa. Según el Manual de Procedimientos están excluidos del mismo pacientes con cuadros de: 1. Demencias; 2. Psicopatías; 3. Retardo Mental Profundo; 4. Desórdenes Graves de Aparatos y Sistemas.

El día típico del paciente del Hospital Parcial es el siguiente:

- 1- Llega a las 9 a.m. , recibe sus medicamentos y los toma ahí.
- 2- De 9:15 a 10 a.m. realiza las siguientes actividades:
 - a- lectura y comentario de notas periodísticas y/o
 - b- Psicoterapia de Grupo y/o
 - c- Consulta médico-psiquiátrica.
- 3- De 10 a 12 m. pasa a los talleres.
- 4- A las 12 m. hay una pequeña merienda con el personal médico y paramédico.
- 5- De 12:15 a 13:30 p.m. realiza actividades variables, tales como deportes, pintura, musico-terapia o asambleas (mitin), es decir, reuniones donde se interactúa con el personal, se proponen sugerencias y quejas, se discute sobre la visita extrahospitalaria, etc.
- 6- A las 13:15 p.m., toman su medicamento y se llevan a la casa el medicamento nocturno.
- 7- 14 p.m., se encierra las labores.

Se acostumbra además celebrar días festivos, cumpleaños u otras fechas importantes. Cada dos o tres semanas se lleva a cabo la Sección de Orientación Familiar.

Todos los viernes se realiza la Terapia Extrahospitalaria

ria que consiste en algún paseo cultural-recreativo de los pacientes con el personal, este último con ropa de calle (es decir sin bata médica), en donde se propicia la interacción libre y la quebra de roles pre-establecidos.

A continuación se presentan algunos datos obtenidos a partir de la revisión de los expedientes del Hospital Parcial. Es importante aclarar que los expedientes están bastante descuidados y desordenados, y que varios de ellos están incompletos. Esto es sumamente desventajoso ya que la única forma de hacer una futura evaluación del servicio es a partir de ellos y si la información es incompleta o no se tiene el cuidado de completarla, la evaluación será por fuerza parcial.

En primer lugar se tienen a los 27 pacientes dados de alta, de los cuales 4 lo fueron por abandono de programa. Sólo se ha considerado de interés para el análisis los 23 pacientes que siguieron todo el programa hasta ser dados de alta. A este respecto es importante mencionar que no hay pautas rígidas para evaluar si a un paciente se le debe o no dar de alta. Se busca, al momento del egreso, además de la remisión sintomatológica, que el paciente tenga seguridad y facilidad para encontrar empleo o formas de seguir sus estudios, o un mínimo de seguridad y estabilidad familiar para evitar recaídas.

De estos 23 pacientes, 16 fueron del sexo masculino y 7 del femenino. Hubieron 20 solteros, 1 divorciado y 2 sin especificación. Los pacientes eran en su gran mayoría sujetos jóvenes y en plena capacidad físico-laboral: 9 pacientes entre los 18 y 25 años, 13 entre los 26 y 35 años, 1 de 38 años y 1 sin especificar.

Respecto a la escolaridad los datos son:

1 paciente alnalfabeto, 3 pacientes con primaria completa, 5 con secundaria incompleta y 4 con la secundaria completa, 2 con preparatoria incompleta y 2 que sí la completaron, 4 pacientes con estudios universitarios incompletos, y 2 pacientes sin datos de escolaridad. En general, y para la población glogal del HPFBA, la escolaridad de los pacientes del Hospital Parcial es muy alta.

Los diagnósticos registrados fueron:

El más común es esquizofrenia con 11 casos (dentro de esta la paranoide es la más común con 6 casos) , seguida por la Psicosis Maníaco Depresiva, con 3 casos; luego dos casos de Personalidad Hig

térica y otros dos de Síndrome Orgánico Cerebral, un caso de Epilepsia y otro más de Oligofrenia. Hubieron 3 casos sin especificación. Hay que recordar que ciertos padecimientos no se aceptan en el Hospital Parcial.

De los 23 pacientes únicamente en dos de ellos constaba en su historia clínica que tenía un empleo estable antes de ingresar al Hospital Parcial. Se ha visto ya que el criterio de aceptación de pacientes explicita que deben estar inactivos, para así tener un mejor marco para la evaluación del tratamiento. De los 23 pacientes, en 6 casos se consignaba en el expediente que tenían una ocupación en el momento de ser dados de alta o en el momento inmediatamente posterior. En otros 6 casos había alguna mención de que el paciente seguía desempleado o inactivo, y en los 11 casos restantes no constaba nada al respecto. De los seis pacientes empleados o activos estas eran sus ocupaciones: intendente, auxiliar de secretaria, dos estudiantes que volvieron a seguir sus respectivos cursos, un recamarero de hotel, y un paciente empleado eventual en una pescadería.

Respecto al seguimiento, según las entrevistas informales, hay para todo el HPPFA un Departamento de Control y Seguimiento que, como se mencionó en la segunda parte de este trabajo, funciona muy parcialmente. El Hospital Parcial depende en la práctica de este Departamento. Se ha tratado de seguir a los pacientes dados de alta ofreciéndoles consultas periódicas cada 15 días o cada mes, lo que significa cierta superposición de funciones con el Servicio de Consulta Externa. Esta forma de control no funciona a largo plazo ni se logra una sistematización y uniformación de la información sobre el paciente.

Para obtener algunos datos - por supuesto parciales - del seguimiento se siguió el criterio, bastante laxo por cierto, de que habría seguimiento si en la historia clínica del paciente constaba alguna entrevista con el personal en el período de 15 a 30 días después de ser dado de alta. Con este criterio se encontró que en 9 casos hubo seguimiento y en 14 no lo hubo.

Sólo en 2 de los 23 casos hay datos en el expediente que hace una evaluación global de la asistencia y participación del paciente en los talleres. En los otros 21 casos los datos sobre los talleres son parciales y dispersos.

Respecto a los 19 pacientes actuales se agruparon los siguientes datos:

Hay 4 pacientes del sexo femenino y 15 del masculino. Hay 17 pacientes solteros, uno casado y uno sin especificar. Los pacientes actuales son también bastante jóvenes, habiendo 9 pacientes de edad variable entre los 18 y los 15 años, 10 pacientes restantes con edad variable entre los 26 y 35 años.

Respecto a la escolaridad, hay dos pacientes con primaria incompleta, dos con primaria completa, cinco con secundaria incompleta y cinco más la tienen completa; uno con preparatoria incompleta y cuatro con estudios universitarios interrumpidos.

De los diagnósticos el más común es la Esquizofrenia con 12 casos (en primer lugar la de tipo Paranoide con 5 casos), un caso probable de Histeria, uno de Psicosis Maníaco Depresiva, uno de Epilepsia Parcial, un Cuadro Confusional, un caso de Farmaco dependencia y dos casos sin especificaciones.

De los 19 pacientes sólo uno tenía empleo estable, siendo que la gran mayoría, 10 pacientes, se dedicaba a los estudios; luego hay 3 pacientes que se dedicaban a tareas del hogar, 2 sin empleo conocido, 1 empleado de empacadora, 1 técnico en radio, 1 cocinero y 1 sastre.

De estos sólo en 6 casos se encontraron el expediente datos que indicaban el taller específico hacia donde se canalizaba al paciente dentro del Hospital Parcial.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DE LA TERCERA PARTE.

1.0. Antecedentes.

1- SSA, Dirección General de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" , Manual de Procedimientos de Hospital Parcial, México D.F., abril de 1980.

2.0. El Hospital Parcial

2- Ibíd, p. 1.

3- Ibíd, p.2.

4- Ibíd, p. 2.

CONCLUSIONES.

A lo largo de todo este trabajo se ha venido procurando esbozar algunas conclusiones parciales. Restaría ahora tratar de unificarlas según cierta lógica. Si en el estudio aquí presentado se ha venido de lo general a lo particular, sería útil en las conclusiones seguir el proceso inverso, recoger los elementos más particulares y concluir con el marco teórico.

En primer lugar se puede decir que las tareas de rehabilitación llevadas a cabo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" son, cuando menos, insuficientes para cubrir las amplias necesidades del enfermo mental. Los datos ocupacionales, la ruptura de la dinámica familiar y la dependencia de los pacientes respecto a su familia y al mismo hospital parecen atestiguarlo. Las tareas que algunos pacientes de piso realizan en los talleres ocupacionales se asemejan más a otro eslabón de una larga cadena de una pesada e inócua rutina que a un trabajo planeado y sistemático de reincorporación del paciente a la sociedad.

Un análisis más depurado requiere el programa del Hospital Parcial. Visto en conjunto, dentro de la estructura global del HPTBA, se puede decir que aunque meritorio, el esfuerzo que ahí se realiza carece de extensividad. En efecto, ¿qué representan 46 pacientes en un año de funcionamiento, si se compara con la población total que en el mismo período atiende todo el HPTBA? Sin embargo hay que ser cautos. Un año es poco tiempo para hechar a andar un proyecto institucional, poco tiempo para ver sus primeros resultados y menos todavía para hacer una evaluación seria y responsable. El Hospital Parcial debe ser considerado como una experiencia que apenas va marchando y de cuyo seguimiento, aciertos y errores, se puede obtener una importantísima información para mejorar las condiciones del enfermo mental en México. El psicólogo, por otro lado, tiene apenas un papel secundario en el trabajo concreto que se realiza allí. Hace falta su mayor participación y capacitación para intervenir en este proceso.

M-0034333

Respecto todavía al Hospital Parcial, se puede decir que es menester realizar un mejor aprovechamiento del funcionamiento de los talleres. Si se observa las tareas ocupacionales y se compara con la ocupación de los pacientes antes de ingresar al Hospital, se puede concluir que los talleres, así constituidos, carecen de interés y finalidad en lo que se refiere a las situaciones concretas con que los pacientes se enfrentarían al tratar de reincorporarse a la sociedad.

En realidad el trabajo de rehabilitación que se realiza en todo el HPFBA se encuentra constreñido por los estrechos límites con que cuenta la rehabilitación de los enfermos mentales en México. Pocos programas, pocas acciones y pocas perspectivas parecen ser la tónica. En efecto, surge la idea de que este es un campo olvidado por las autoridades competentes. Hace falta un mejor conocimiento de la situación concreta por la que pasan los hospitales institucionales y los programas que allí se desarrollan para proponer modificaciones y nuevos planes que efectivamente se puedan llevar a la práctica.

Mucho más sutil se presenta el panorama global de la Salud Mental. Intereses y proyectos diversos se debaten en medio de una carencia constante de recursos financieros, institucionales y humanos. El clamor por una mejor atención al campo de la Salud Mental, choca con la política de contención, alejamiento de las contradicciones y control por parte del Estado. La desprotección de que se ven objeto los enfermos mentales se extiende hasta alcanzar a sectores de la población cuyo peso social, económico y político se deja sentir en otras áreas de la misma atención médica. La falta de información veraz ha impedido hasta ahora una mayor profundización de este tema. Investigaciones concretas, que aporten datos novedosos y significativos, deben ser alentadas con el fin de encontrar soluciones disponibles para el problema y una mejor utilización de los escasos recursos.

Solamente con datos específicos y con el conocimiento de la situación concreta en donde realiza su trabajo el psicólogo, y demás profesionistas involucrados, aventurarse a proponer cambios y caminos diferentes a seguir. El objetivo de las partes segunda y tercera de este trabajo es precisamente el de aportar elementos para el conocimiento de este áspero y torcido camino. Por

otro lado, el marco teórico aquí presentado representa una proposición para la interpretación de estos elementos encontrados.

Ya se ha hecho, en otro momento del trabajo, una primera evaluación del Marco Teórico. Si bien la ausencia de datos impide, por ahora, una comprobación cuantificable de la tesis italiana de la relación rehabilitación- oferta de mano de obra, se puede decir que, en términos generales, esta tesis surge como elemento explicador de la carencia de enfermos mentales rehabilitados en la sociedad mexicana. El hecho de que se carezca de presupuestos y recursos para hacer frente a este panorama es justamente esto, un hecho, que a su vez amerita ser explicado.

Se puede aventurar la doble explicación de que la Salud Mental -y la rehabilitación- no son prioridades para el Estado no sólo por la existencia de otras áreas más significativas para su interés, sino que en realidad, y además, los enfermos mentales institucionales son, por un lado, sobrantes y pueden permanecer como tales por ahora. Por otro lado, la psiquiatría institucional no ha podido convencer al Estado de que efectivamente pueda resolver los problemas de Salud Mental y rehabilitación. Estas tendencias generales se ven agudizadas por el gran desempleo - y subempleo-, histórico ya, que existe en la sociedad mexicana.

Si en algo peca el análisis de la escuela italiana al ser aplicado a México, es por su estrechez. En realidad las clases sociales que se ven abarcadas por la psiquiatría institucional mexicana se amplían y congregan en sí a los mismos obreros de punta y pequeña burguesía.

A pesar de varias de sus carencias, los elementos aportados por la escuela italiana se constituyen como una importante fuente para el conocimiento y análisis de la Salud Mental y la rehabilitación de los enfermos mentales en México.

Se puede señalar finalmente que hace falta realizar más investigaciones concretas sobre la situación de los enfermos mentales pues los datos así obtenidos son fundamentales para el psicólogo clínico ya que sólo así puede este estar en condiciones de, al trabajar en los hospitales psiquiátricos institucionales enfrentarse a la problemática que ahí se observa y para la que, en realidad, está poco preparado para enfrentar. Es decir, que parece ser necesario ampliar los conocimientos sociales del psicólogo clínico para la más adecuada comprensión del curso de la rehabilitación que siguen los enfermos mentales institucionales.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- 1.- Basaglia, F. "Apuntes de Psiquiatría Institucional", en Basaglia F. y Otros, ¿Psiquiatría o Ideología de la Locura? Barcelona: Editorial Anagrama, 1972.
- 2.- Basaglia, F. "La Asistencia Psiquiátrica como Problema Anti-Institucional", en Basaglia, F. y Otros, 1972.
- 3.- Basaglia, F. "Una Entrevista con F. Basaglia", en Basaglia F. y Otros, 1972.
- 4.- Basaglia, F. "El Hombre en la Picota" en Basaglia F. y Otros, Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial, Barcelona: Barral Editores, 1975.
- 5.- Basaglia, F. "Rehabilitación y Control Social", en Basaglia, F. y Otros, 1975.
- 6.- Basaglia, F. "La Insitución de la Violencia", en Basaglia, F. y Otros, La Institución Negada, Buenos Aires: Barral Editores, 1976a.
- 7.- Basaglia, F. "¿Que es la Psiquatría?", en Basaglia F. y Otros, ¿Que es la Psiquitria?, Barcelona: Editorial Guadarrama, 1976b.
- 8.- Basaglia, F. "La Libertad Comunitaria como Alternativa a la Regresión Institucional", en Basaglia, F., 1976b.
- 9.- Basaglia, F. "La Institucionalización Psiquiátrica de la Violencia", en Basaglia, F. y Otros, Razón, Locura y Sociedad, México: Editorial Siglo XXI, 1978.
- 10.- Basaglia, F.
Basaglia, O.F. "La Enfermedad y su Doble", en Basaglia F. y Otros, 1972.
- 11.- Basaglia, F.
Basaglia, O.F. "Los Crímenes de la Paz", en Basaglia, F. y Otros, Los Crímenes de la Paz, México: Editorial Siglo XXI, 1977.

- 12.- Basaglia, O.F. "Transformación Institucional y Finalidad Común", en Basaglia, F. y Otros, 1976a.
- 13.- Bateson, G. Doble Vínculo y Esquizofrenia, Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé, 1977.
- 14.- Bernard, P.,
Brisset, Ch.,
Ey. H. Tratado de Psiquiatría, Barcelona: Editorial Toray-Masson, 1975.
- 15.- Brussel, J.A. y
Cantzlaar, G.L. Diccionario de Psiquiatría, México: Cía. Editorial Continental, 1972.
- 16.- Cabildo, A.H. "Estado Actual de la Higiene Mental en México", en Revista El Médico, México, Año 15, No.6, 1965.
- 17.- Cabildo, A.H. "Consideraciones sobre el Problema de la Salud Mental en México", en Salud Pública de México (SPM), México, Epoca V Vol. IX, No. 4, 1967.
- 18.- Cabildo, A.H. "Panorama Epidemiológico de los Desórdenes Psiquiátricos de la República Mexicana", Salud Pública de México, México, Epoca V, Vol. XIII, No.1, 1971.
- 19.- Cabildo, A.H. y
Elorriaga, M.H. "El Suicidio como Problema de Salud Mental" Salud Pública de México, México, Epoca V, Vol. VIII, No.3, 1966.
- 20.- Cabildo A.H. y
Calderón, N.G. "La Dirección de Salud Mental de la SSA", Salud Pública de México, México, Epoca V, Vol. IX, No. 4, 1967.
- 21.- Calderón, N.G. "Actividades Desarrolladas en México en Relación con la Salud Mental" Salud Pública de México, México, Epoca V, Vol IX, No.4, 1967.
- 22.- Calderón, N.G. "Programa de Salud Comunitaria en México", Boletín de la Oficina Panamericana de Salud, México, Vol. LXXV, No.5, 1973.
- 23.- Calderón, N.G. "La Salud Comunitaria en México", en Sánchez, H. y Otros, La Lucha en México Contra las Enfermedades Mentales, México: Fondo de Cultura Económica, 1974.

- 24.- Campañillo, J.C.
y Otros. "La Epidemiología del Uso de las Drogas en México", Revista Salud Mental México, Año 2, Vol. 2, No. 1, 1979.
- 25.- Castel, R. "Notas Sobre las Orientaciones Contemporáneas de la Psiquiatría", en Basaglia, F. y Otros, 1975.
- 26.- Castel, R. "El Tratamiento Moral: Terapéutica y Control Social en el Siglo XIX" en Basaglia, F. y Otros, 1975.
- 27.- Castel, R. "Para una Crítica de la Institución Psiquiátrica", en Basaglia, F. y Otros, 1975.
- 28.- Castel, R. "La Contradicción Psiquiátrica", en Basaglia, F. y Otros, 1977.
- 29.- Castel, R. El Psicoanálisis, el Orden Psiquiátrico y el Poder, México: Editorial Siglo XXI, 1980.
- 30.- Castellanos, U.G. "Rehabilitación de los Enfermos Mentales Crónicos en el Hospital Granja 'Bernardino Alvarez'", Salud Pública de México, México, Epoca V, Vol. III, No. 6, 1961.
- 31.- Castilla del Pino, C. Introducción a la Psiquiatría, Madrid: Alianza Editorial, 1978, Vol. 1.
- 32.- Castilla del Pino, C. Vieja y Nueva Psiquiatría, Madrid: Alianza Editorial, 1978.
- 33.- Cooper, D. La Muerte de la Familia, Barcelona: Editorial Ariel, 1979.
- 34.- Cooper, D. "La No-Psiquiatría Entre Otras Cosas", en Varios Autores, Antipsiquiatría y Política, México: Editorial Extemporáneos, 1980.
- 35.- Cordera, R. "Estado y Desarrollo en el Capitalismo Tardío y Subordinado", Revista Investigación Económica, México, Vol. XXXI, No. 123, 1971.
- 36.- Cordera, R. "Estado y Economía en México: La Perspectiva Histórica" Economía de América Latina, Revista del CIDE, México, No. 3, 1979.

- 37.- De la Fuente, R. "La Salud Mental en México", Revista Salud Mental, México, Año 1, Vol. 1, No. 1, 1977.
- 38.- Dorner, K. Ciudadanos y Locos, Barcelona; Editorial Taurus, 1974.
- 39.- Elorriaga, M.H. "Breve Estudio sobre el Problema del Suicidio en la Década 1960-1969", Salud Pública de México, Epoca V, Vol. XIV, 1972.
- 40.- Elorriaga, M.H. "Los Trastornos Mentales y Nerviosos en la República Mexicana y en el D.F., 1975", Salud Pública de México, Epoca V Vol. XVIII, No. 3, 1976.
- 41.- Espinosa, J. "El Nacimiento de los Manicomios", en Basaglia, F. y Otros, 1975.
- 42.- Foucault, M. La Historia de la Locura en la Epoca Clásica, México: Fondo de Cultura Económica, 1976, Vol. 1.
- 43.- Foucault, M. "La Casa de la Locura", en Basaglia, F., 1977.
- 44.- Friedman, A., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. Compendio de Psiquiatría, Barcelona; Editorial Salvat, 1977.
- 45.- Garcíadiego, M.J. "Estructura y Funcionamiento del Hospital Psiquiátrico 'Fray Bernardino Alvaréz'", Salud Pública en México, Epoca V, Vol. IX, No. 4., 1967.
- 46.- Gentis, R. La Tapia del Manicomio, Barcelona; Editorial Laia, 1972.
- 47.- Goffman, I. Internados, Buenos Aires; Amorrortu Editores, 1972.
- 48.- Goffman, I. "La Locura del 'Puesto'", en Basaglia, F. y Otros, 1977.
- 49.- González, M.J. y González, M.G. "Hospitales para Enfermos Mentales en la Colonia" Salud Pública de México, Epoca V, Vol. II, No. 3, 1960.
- 50.- González, U.R. "Salud Mental en América Latina: Problemas y Perspectivas", Boletín OPS, México, Vol. LXXXI, No. 2, 1976

- 51.- Guattari, F. "Revolución Molecular y Lucha de Clases", en Varios Autores, 1980.
- 52.- Iturbe, G.U. "Rehabilitación y Psiquiatría" Salud Pública de México, Epoca V, Vol. XIX, No. 5, 1977.
- 53.- Jervis, G. "Crisis de la Psiquiatría y Contradicciones Institucionales", en Basaglia, F. y Otros, 1976a.
- 54.- Jervis, G. y Schittar, L. "Historia y Política en Psiquiatría: Algunas Propuestas para su Estudio", en Basaglia, F. y Otros, 1976b.
- 55.- Jervis, G. Manual Crítico de Psiquiatría, Barcelona: Editorial Anagrama, 1977.
- 56.- Jervis, G. El Buen Reeducador, Barcelona: Editorial Grijalbo, 1979.
- 57.- Kandel, D.B. y Williams, R.H. Métodos de Rehabilitación Psiquiátrica, Buenos Aires: Editorial Troquel, 1968.
- 58.- Laing, R. El Yo Dividido, México: Fondo de Cultura Económica, 1975.
- 59.- Laing, R. "Metanoia: Algunas Experiencias en Kingsley Hall, Londres", en Varios Autores, Hacia la Locura, Madrid: Editorial Ayuso, 1976.
- 60.- Laing, R. "Lo Obvio", en Varios Autores, 1976.
- 61.- Laurell, A.C. "Medicina y Capitalismo en México", Cuadernos Políticos, No. 5, México: Editorial Era, 1976.
- 62.- Laurell, A.C. "Proceso de Trabajo y Salud", Cuadernos Políticos, No. 17, México: Editorial Era, 1978.
- 63.- Laurell, A.C. y Enríquez, E.A. "La Política de Salud en la Crisis Económica" Revista Territorios, México, 1980, No.2.
- 64.- López, A.D. La Salud Desigual en México, México: Editorial Siglo XXI, 1980.
- 65.- Mannoni, M. El Psiquiatra, su Loco y el Psicoanálisis México: Editorial Siglo XXI, 1977.

- 66.- Marini, R.M. Subdesarrollo y Revolución, México: Editorial Siglo XXI, 1978.
- 67.- Martínez, S.C. Trastornos Mentales en la Ciudad de México en Periodo de Crisis Económica, Política y Social, Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1979.
- 68.- Mayer-Gross, W., Slater, E. y Roth, M. Psiquiatría Clínica, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1974, Vol. 1.
- 69.- Menéndez, E. Cura y Control, la Apropiación de lo Social por la Práctica Psiquiátrica, México: Editorial Nueva Imagen, 1979.
- 70.- Montes de Oca, D.L. y Rosete, R.F. "Conceptos Generales de Invalidez y Rehabilitación" en Grupo de Estudio para la Rehabilitación del Inválido Social en México, México: Dirección General de Rehabilitación de la SSA, 1976.
- 71.- Monteverde, A.A. "El Capitalismo en México", Revista Estrategia, México, Vol.1, No.2, 1975.
- 72.- OMS "Epidemiología de los Trastornos Mentales", 8ª Informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, Ginebra: Serie de Informes Técnicos No. 185, 1960.
- 73.- Panchieri, P. Manual de Psiquiatría Clínica, México: Editorial Trillas, 1979.
- 74.- Patchi, V.D. y Solomon, P. Manual de Psiquiatría, México: El Manual Médico, 1976.
- 75.- Pucheu, R.C. y Torres, T.J. "El Estado Actual y Perspectivas del Problema de la Farmacodependencia en México", Revista Salud Mental, Año 3, Vol. 3, No. 2, 1980.
- 76.- Revista Punto Crítico "La Realidad del Desempleo en México", Rev. Punto Crítico, México, Año VI, No. 81, 1977.
- 77.- Risso, M. "Presupuesto para una ^{Psico-}Terapia Institucional", en Basaglia, F. y Otros, 1976b.
- 78.- Ruiz, D.V. "Alcoholismo y Dependencia", en Sánchez, H. y Otros, La Lucha en México contra las Enfermedades Mentales, México: Fondo de Cultura Económica, 1974.

- 79.- Sainsbury, M.J. Introducción a la Psiquiatría, Madrid: Ediciones Morata, 1978.
- 80.- Schittar, L. "La Ideología de la Comunidad Terapéutica", en Basaglia, F. y Otros, 1976a.
- 81.- Somolinos, D.G. Historia de la Psiquiatría en México, México: Col. Sep-Setentas, 1976.
- 82.- SSA "Resumen de Actividades Realizadas en 1977-1979 en Coordinación Dirección General de Salud Mental SSA y Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental", Revista Salud Mental, México, Año 2, Vol. 2, No.4, 1979.
- 83.- SSA "Manual de Procedimientos del Hospital Parcial", Dirección General de Salud Mental, Hospital Fray Bernardino Alvarez, México, 1980.
- 84.- Stafford-Clark, D. Manual de Psiquiatría Clínica, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1969.
- 85.- Steiner, M.C. "Psiquiatría Radical", en Varios Autores, 1976.
- 86.- Szasz, T. El Mito de la Enfermedad Mental, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1974.
- 87.- Szasz, T. Ideología y Enfermedad Mental, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.
- 88.- Szasz, T. "¿A quién sirve la Psiquiatría?", en Basaglia, F. y Otros, 1977.
- 89.- Szasz, T. Esquizofrenia: el Símbolo Sagrado de la Psiquiatría, México: Premia Editores, 1979.
- 90.- Tejada, R.C. "Los Hospitales Granjas", Salud Pública de México, Epoca V, Vol IX, No.4, 1967.
- 91.- Timio, M. Clases Sociales y Enfermedad, México: Editorial Nueva Imagen, 1979.
- 92.- Tizón, J.L. Introducción a la Epistemología de la Psicopatología y la Psiquiatría, Barcelona: Editorial Ariel, 1978.

- 93.- Velasco, A.J. "La Salud Mental en las Américas", Boletín OPS, México, Vol. LIV, No. 6, 1963.
- 94.- Velasco, F.R. "El Futuro de la Psiquiatría Institucional en México", en Sánchez, H. y Otros, La Lucha en México Contra las Enfermedades Mentales, México: Fondo de Cultura Económica, 1974.
- 95.- Velasco, S.M. "Asistencia Adecuada y Rehabilitación para Enfermos Nerviosos (Neurológicos y Mentales)", Salud Pública de México, Epoca V, Vol. IV, No. 3, 1962.
- 96.- Villanueva, S.P. "Las Instituciones Especializadas en Salud Mental, sus Relaciones entre sí y con Otras Instituciones", Salud Pública de México, Epoca V, Vol. IX, No. 4, 1967.
- 97.- Werry, J.S. "La Psicoterapia: ¿Un Procedimiento Médico?", en Varios Autores, 1976.
- 98.- Varios Autores, Hacia la Locura, Madrid: Editorial Ayuso, 1976.
- 99.- Varios Autores, Antipsiquiatría y Política, México: Editorial Extemporáneos, 1980.

