UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

EL MODO DE PRODUCCION CAPITALISTA Y LA FRACTURA EN LAS RELACIONES SOCIALES: ELEMENTOS TEORICOS PARA UNA REFLEXION SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL EN BAHIA, BRASIL.

LUZINETE SIMÕES

RESUMEN

Este trabajo tiene como objeto de investigación las relaciones entre desorden mental y pobreza en Bahía/Brasil, intentando demostrar la importancia de la estructura productiva y de las estructuras de poder en la producción de estas relaciones. En este sentido, nuestro objetivo general es indicar el contenido histórico-social del desorden mental.

Para investigar este objeto y realizar nuestro objetivo general, analizamos críticamente, en primer lugar, la contribución de la sociología occidental para el entendimiento de los trastornos psíquicos; en segundo lugar los resultados de esta crítica nos llevaron a buscar en los conceptos de conciencia y alienación en Marx y en el concepto de locura como forma de alienación de Michel Foucault, las salidas teóricas que permitieron vislumbrar al problema del desorden como una cosa que no se agota en el terreno biológico solamente, sino que resulta de una multiplicidad de factores historicamente dados.

La aplicación práctica de esta interpretación se realizó inicialmente bajo la forma del análisis del patrón de desigualdades sociales en Bahía, observadas las relaciones entre acumulación y dependencia; en seguida, bajo la forma de una caracterización socio-económica del trabajador bahiano, lo que permitió la contextualización de su problemática en los términos de la marginalización de amplios sectores de la población de Bahía.

INDICE

CONCLUSIONES

INTRODUCCION

Este trabajo tiene como objeto de investigación las relaciones entre locura y pobreza en una determinada sociedad (Salvador/ Bahía/ Brasil) en el intento de mostrar como juega la estructura productiva y las estructuras de poder en la producción del desorden mental.

En este sentido, esta tarea se inscribe en el ámbito de las investigaciones que en las últimas décadas vienen siendo realizadas sobre los determinantes sociales de los trastornos psíquicos. Corresponde aclarar, que por determinantes sociales se entiende a los atributos intrínsecamente sociales del fenómeno en cuestión, o sea, aquellas características producidas durante el curso del proceso social que le dá origen.

La realización de esta tarea se justifica en función de la grave situación actual, enfrentada por las personas de origen más pobre que son portadoras de problemas de carácter emocional. Una situación que consideramos que debe ser divulgada, denunciada y discutida. Por estos motivos nuestra intención es contribuír para aclarar algunas cuestiones estructurales, sin querer negar la importancia que tienen los aspectos subjetivos en estos casos.

Las conclusiones a las que llegamos muestran que la situación en Bahía, no se diferencia de las condiciones encontradas en las sociedades subdesarrolladas en general. Tales condiciones se han caracterizado por la precariedad de las políticas de salud, incapaces de dar cuenta de la complejidad del problema, por el sometimiento a fuertes estructuras de poder y planificación local, cuya dependencia en relación a los centros hegemónicos ha conducido a un incomprensible abandono de los problemas sociales.

En este sentido, la relación existente entre locura y pobreza que enunciamos en el transcurso de este trabajo, se origina en situaciones similares a las que pueden ser encontradas en Africa, en la India, en Grecia, etc.

Como corroboración de esto último, Mayeb nos ofrece un buen ejemplo a respecto de la situación de los pacientes psiquiátricos de un hospital en Somalia, éste dice que

> "se realizó una encuesta para determinar las razones de ingreso de los pacientes, cuanto tiempo habían permanecido en el hospital y de que medio procedían. A continuación, se examinaron los alimentos que se les administraban. Se pidió al laboratorio central que procediera a sencillas determinaciones de hemoglobina y proteínas totales. El resultado fue estremecedor. El 42 % aproximadamente de los pacientes padecían anemia, y algunos no tenían más que 3g/ 100 ml. de hemoglobina, lejos de la cifra normal de 15 gr. Era necesario proceder a transfusiones de sangre y no simplemente administrar vitaminas e hierro". (MAYEB, 1984: 227).

Esto llevó al médico a admitir que "anemias y

avitaminosis pueden por sí mismas ser causa de confusión mental".

De una manera general, esta situación desesperante también se encuentra en Africa, donde la falta de asistencia médica es una de las razones más graves. Con respecto a este problema, Waikiri (1984: 382) comenta que

> "más del 80 % de los africanos viven en zonas rurales donde el servicio de salud mental más cercano puede hallarse a cientos de Km. de distancia. Normalmente suele haber sólo un hospital psiquiátrico para todo un país"...

En la India, por otro lado, el problema no es diferente. Según Metha (1984: 397)

> "los estudios epidemiológicos indican que alrededor de un 1 % de la población de la India padece psicosis y otro 1 % retraso mental o epilepsia o ambos tipos de trastorno. Sobre esta base, podría calcularse que unos 14 millones de trabajadores de todo el país sufren graves trastornos mentales".

El mismo autor considera que estos trastornos pueden también estar relacionados con las carencias alimentarias y de otro tipo por las que atraviesa la población.

Además de estos problemas evidentes de desnutrición, la población de los países subdesarrollados debe enfrentar en el plano de la salud otras cuestiones con el mismo tenor de gravedad. En Grecia por ejemplo, se considera que las deficiencias de los servicios de salud se debería a su excesiva centralización. Para Ierodiakonou (1984: 140)

> "los centros psiquiátricos estaban concentra

> dos en dos ciudades: Atenas y Tesalónica, que contaban con 83 % de los psiquiatras del país y 75 % de todas las camas privadas o públicas de los servicios psiquiátricos para atender a 36 % de la población, mientras que 13 de los 52 distritos carecían por completo de psiquiatras".

Por otro lado, son asustadoras las estimativas sobre la frecuencia del desorden mental. En 1981, la Organización Mundial de la Salud estimaba que en el mundo actual, aproximadamente 40 millones de personas sufren de trastornos mentales graves, tales como esquizofrenia y demencia. Por otro lado, 20 millones se encuentran incapacitados debido a desordenes mentales y neurológicos de menor gravedad (neurosis avanzada, atraso mental, etc.). (OMS, 1981).

En el caso de los países subdesarrollados, Busnello (1980: 323) registra que aproximadamente 1/4 de la población necesita de cuidados en la salud mental. En América Latina particularmente,

> "la predominancia del alcoholismo, del retardo mental, de las psicosis y de las neurosis alcanza el 25 % de la población, y los estudios de muertes violentas (homicidio, suicidio y accidentes)... demuestran cabalmente que el nivel de infelicidad en nuestros países desmiente la falacia de que somos pobres, pero felices".

En Bahía, la gravedad de esta situación se encuentra analizada en algunos trabajos de indiscutible valor. A continuación destacamos los más relevantes para el caso de nuestro estudio. En un trabajo publicado en 1976, al analizar el desorden mental en un área de prostitución localizada

en el centro de Salvador, Coutinho estimó en 49,3 % la frecuencia de enfermedades mentales entre la población adulta, y en 13,1 % la incidencia sobre la población infantil. El índice para el alcoholismo y la neurosis, por otra parte, es también alto: 22,6 % tanto para los adultos como para los adolescentes.

Por otro lado, en una investigación publicada en 1977, Almeida Filho al investigar la predominancia del desorden mental en otra área pobre de la ciudad de Salvador, estimó en 12 % la existencia de casos moderados y agudos. En este caso, el autor calculó un índice de 16 % para disturbios neuróticos y un 3 % aproximadamente para el retardo mental, organicidad cerebral y trastornos del desarrollo.

Posteriormente, el mismo autor demostraría que las condiciones de carencia de la población de la ciudad tienen un peso tan significativo en la producción de disturbios emocionales, que se vuelve relativa hasta la interferencia de factores como el de migración. En este caso, la frecuencia del stress por ejemplo, aparece asociada más directamente a la situación de clase, dejando de encontrar en la condición aislada de migrante una causa necesaria o incluso determinante. (Almeida Filho, 1982).

En el intento de matizar las causas sociales del desorden mental en Salvador, Santana (1978) terminó por investigar la misma área trabajada por Almeida Filho, con el objetivo de establecer la estimativa predominante del desorden mental. En el caso de la población adulta mayor de 15 años, tal estimativa alcanzó el 21,0 %; el índice predominante para los migrantes fue ligeramente superior (22,0 %) al

caso de los no migrantes (18 %). Mientras tanto, los índices más bajos se dieron entre los individuos que tienen mejores rendimientos mensuales y mejor nivel de instrucción.

Por otro lado, la tesis defendida por Jacobina en 1982, marcaría una nueva e importante contribución al tema del desorden mental en Bahía al interpretar a la vocación histórica de la práctica asilar como el resultado de un proceso de control de las masas marginales. A estos estudios se le suman contribuciones como la de Souza, cuyo trabajo publicado en 1984, aporta una significativa interpretación sobre la interferencia de la condición de clase, ya sea en la producción del desorden, como en las formas de tratamiento recibidas por los pacientes psiquiátricos en Bahía.

Al reunir algunos elementos teóricos para una reflexión sobre el desorden mental, a la luz de una investigación empírica realizada en los hospitales psiquiátricos de Salvador, pretendemos sumar nuestra contribución personal para una interpretación de este fenómeno en nuestra sociedad, teniendo en consideración los avances realizados hasta este momento.

El desarrollo de la temática de este trabajo responde a una secuencia de seis capítulos. En el primer capítulo, tratamos de aclarar nuestro problema, los fundamentos teóricos y metodológicos que orientaron la investigación y enunciamos la relación de nuestros objetivos e hipótesis de trabajo.

En el segundo capítulo, tratamos de elaborar una crítica a la contribución positivista y a la contribución de la sociología occidental contemporánea para la comprensión

del desorden mental. Inicialmente examinamos los planteos de Comte y Durkheim, ubicando el origen de la dicotomía normal/patológico en el marco epistemológico de un positivismo naciente que convirtió una cuestión ontológica en una cuestión normativa. La lectura sociológica de la "patología" a través de los lineamientos de Comte y Durkheim fue rapidamente enfrentada a los lineamientos de Ganguilhem. Este, abandona las especulaciones sobre la anormalidad y cuestiona la falta de pruebas sobre la cual el positivismo estrenó la distinción mencionada. Lo incompleto de las relaciones entre la fisiología y la patología, la indefinición de los criterios de la "continuidad comteana" entre lo anormal y lo normal.

A continuación son evaluados críticamente los conceptos de anomia en Merton, de desequilibrio en Parsons, como también son analizadas las contribuciones de Erving Goffmann y Thomas Szasz, considerando estas últimas como avances significativos en relación a las anteriores, a pesar de no ser capaces todavía de proveer elementos teóricos adecuados para la comprensión de la dimensión colectiva del desorden mental.

Teniendo en consideración, la imposibilidad de tratar el fenómeno de la locura sin referirlo al concepto de alienación, durante el capítulo III tratamos de verificar la evolución de este concepto en Karl Marx y en Michel Foucault, observando los puntos de encuentro y desencuentro entre sus formulaciones. Destacando la importancia de la cuestión de la dominación como un factor que explica y es válido inclusive para ambos, señalando sus diferencias en lo que respecta al factor trabajo considerado éste como criterio definidor.

Dentro del cuadro general de la obra foucaultiana, fueron seleccionados para la realización de este análisis las siguientes obras: Microfísica del poder, La verdad y las formas jurídicas, La arqueología del saber y principalmente su trabajo clásico sobre el tema de la locura, La historia de la locura en la época clásica.

Mientras tanto, en términos del conjunto de la obra de Marx, fueron seleccionados los siguientes trabajos: La cuestión judía, Los manuscritos Económico-Filosóficos de 1844, La ideología alemana y principalmente El Capital. El énfasis dado a La historia de la locura se explica, por el hecho de considerarlo como al primer trabajo que intenta demostrar más sistemáticamente que la historia de la locura es la historia de la alienación, mejor dicho, de un tipo particular de alienación, la alienación de la voluntad, de los deseos y de la mente de las masas marginales.

Por otro lado, el énfasis colocado en El Capital se justifica por considerar a esta, como una obra que a través del análisis de la mercancía intenta demostrar el desencuentro entre la objetividad y la subjetividad del trabajador, interpretando a la temática de la alienación a partir de este desencuentro. En ambas obras existe un hecho común, la palabra alienación es poco mencionada, no obstante, esto no impide que el concepto esté presente en la propia elaboración de los demás conceptos centrales: locura en un caso y capital en el otro.

En el cuarto capítulo, tratamos de contextualizar nuestras preocupaciones, analizando las desigualdades sociales en Bahía, en lo que respecta a las condiciones de renta,

trabajo y salud del trabajador. En un primer momento, este análisis implica una síntesis del proceso de acumulación y dependencia en su relación con la creación de un excedente poblacional, marginal a la estructuración del modo de producción hegemónico. En un segundo momento, la creación y la expansión de la práctica asilar en Bahía son referidas al papel que la sociedad bahiana ha representado dentro del patrón de reproducción del capital nacional, por lo tanto, relacionadas con la existencia de aquel excedente.

En el capítulo V, es nuevamente tratada de forma minuciosa, la temática sobre la reproducción de la pobreza en Bahía a través del análisis de los indicadores sociales capaces de evidenciar primeramente, el estado de miseria del trabajador bahiano, y en un momento posterior, capaz de aclarar los resultados de la investigación de campo que realizamos en los hospitales psiquiátricos seleccionados. Los mismos, forman parte de lo que consideramos es uno de los lugares de asentamiento de la pobreza, miseria, desnutrición, subempleo y desempleo. Esto, debido a que una parte importante numericamente del contingente de la fuerza de trabajo disponible, termina vislumbrando al hospital como la salida posible para continuar sobreviviendo.

En el transcurso del sexto capítulo, analizamos las relaciones entre trabajo y desorden mental en Bahía, mediante el análisis de los mecanismos de poder, alienación, represión y violencia incorporados en el ámbito de la división y organización del trabajo. Este análisis se fundamenta en uno de los casos investigados, en particular: la historia de un joven trabajador del medio rural bahiano, cuya subjetividad se deterioró debido a la agresión física y mental que sufrió

durante el proceso de trabajo. Como tratamos de demostrar , este caso no debe ser entendido como una situación extrema o de excepción a la regla dentro del cotidiano del trabajador rural bahiano. Por el contrario, el debe y puede ser entendido relacionándolo a un contexto que implica rutinariamente prácticas autoritarias de las más crueles de este proceso de división y organización del trabajo imperante en Bahía y en Brasil. La interpretación teórica del caso elegido, se basa en las tesis de Franco y Franca Basaglia, Robert Castel, Klaus Dörner, Michel Foucault, Marx, Felix Guattari y Maud Mannoni.

En estos últimos capítulos, tratamos de dar respuesta a nuestro problema central de investigación, mediante respuestas, no definitivas, a las siguientes preguntas: ¿ cuales son las personas que estan internadas en los hospitales psiquiá - tricos de Bahía? ¿ de donde proceden, cual es su origen social, cual es su historia de trabajo? ¿como sobrevivían anteriormente a la internación? ¿ cuales son las circunstancias reales que han favorecido el desarrollo de su desorden mental? ¿ cuales fueron las circunstancias que indicaron la interna - ción como una salida posible? ¿ dónde está su familia? ¿ de que modo la situación ocupacional que debieron enfrentar, se relaciona con factores de otro orden favoreciendo así el desgaste al cuál han llegado? ¿ en que sentido es posible hablar de un "rostro institucionalizado" de la locura? ¿ a quien sirve este rostro? ¿ por qué la internación se constituye en parte de una estrategia de supervivencia?.

Es válido señalar que tales respuestas son conclusivas sólo en lo que se refiere a nuestros objetivos específi - cos de trabajo, o sea, son conclusivas porque constituyen el

momento final de la relación entre la teoría y la práctica en el seno de nuestras formulaciones. En los marcos en los cuales este trabajo se inscribe (locura y pobreza en sociedades dependientes), tales respuestas deben ser entendidas como definiciones de tendencias a ser comprobadas teórica y empíricamente en otros estudios.

De este modo, tales "conclusiones" intentan dejar claro lo que se pretendía durante la realización del trabajo: encontrar un rostro perdido atrás de una máscara ideológica, que dificultaba su inteligibilidad, por lo tanto la posibilidad actual o remota de conocer el rostro del loco. Se trató por consiguiente de ver, escuchar, dialogar, contemplar, centrar la mirada en este rostro a partir de un ángulo socio-político, teniendo en consideración que algunos de los puntos y marcas esenciales de este rostro son todavía inaccesibles al conocimiento.

Por otro lado, "concluír" implicó también tener presente la importancia de la construcción de varios discursos sobre un mismo objeto. O sea, reconocer que el discurso socio-político sobre el desorden mental es sólo uno de los discursos posibles. En la práctica, esto significó el reconocimiento de nuestros propios límites, de la especificidad de nuestro propio código, de nuestro lenguaje, instrumentos, procedimientos, clasificaciones y limitaciones de todo orden para formular reglas y leyes generales.

La conciencia de que no nos interesaba superponer discursos diferentes de una forma apresurada (superponer por ejemplo un discurso sociológico sobre uno médico a través de una ingenua descalificación del segundo, o superponer un

discurso socio-político sobre un discurso psicoanalítico sin el debido conocimiento para evaluar este último) nos posibilitó, sin considerar esto un conocimiento más maduro sobre la temática, por lo menos un respeto a las especificidades de los diversos campos del saber en cuestión e inclusive la conciencia de la necesidad de reunir diferentes esfuerzos. Esto, porque al final de cuentas sabemos que no se trata de preguntar quién tiene la razón, o quién la solución, para el problema, porque por el contrario sabemos que las respuestas posibles, en este caso , también tienen múltiples aspectos como el propio objeto.

No existe por lo tanto, desde nuestro punto de vista, una razón sino razones, explicaciones, hipótesis , intentos, luchas. Una "voluntad de saber" lo que no se sabe. Una curiosidad especial por las diferentes respuestas que el ser humano es capaz de encontrar en la búsqueda de sí mismo , de su identidad, de su destino.

Queremos todavía remarcar, que las conclusiones de este trabajo apuntan para la necesidad del ejercicio de una práctica alternativa al modelo médico- psiquiátrico tradicional, que tenga en consideración una amplia reflexión sobre la situación real en términos económicos, sociales, culturales y políticos de los pacientes.

En este sentido, nuestra esperanza radica en que los resultados presentados en este trabajo, además de contribuír para un debate teórico,también puedan subsidiar posibles propuestas alternativas al modelo en cuestión, sirviendo por lo tanto, como instrumento de acción práctica.

Es importante aclarar que la credibilidad en alternativas de este tipo, lejos de constituírse en una especie de sueño imposible, se basa en experiencias concretas ya realizadas bajo condiciones semejantes y hasta más dificiles y desanimadoras.

A este respecto consideramos de utilidad referirnos a dos ejemplos de terapéutica que teniendo en cuenta cuestiones estructurales (sea de orden económica, política y social) obtuvieron excelentes resultados utilizando una práctica distinta al modelo médico tradicional. Se trata concretamente de los trabajos realizados en Buenos Aires por Alfredo Moffat y en Santiago por Elizabeth Lira, Eugenia Weinstein y otros. Vale destacar que ambas experiencias se realizaron con sectores socialmente oprimidos, sometidos a condiciones adversas, con la preocupación centrada en la recuperación de la identidad quebrada por estas adversidades.

Moffat (1984) conjuntamente con un equipo de compañeros inaugura en 1971 la comunidad popular de la Peña Carlos Gardel en el Hospital Neuropsiquiátrico Borda en Buenos Aires, con la preocupación centrada en viabilizar un modelo terapéutico alternativo en psiquiatría que rescata las formas de la cultura popular. Esta comunidad funcionó hasta 1973, año en que la represión institucional desafortunadamente, terminó por impedir su actuación.

La lucha de Moffat por una "psiquiatría descolonizada" resultó en un trabajo terapéutico que recuperó prácticas mágicas, religiosas, culturales, símbolos y signos de una cultura oprimida, y también en un esfuerzo por considerar al

trabajo realizado por los internados como un elemento de organización interna y externamente que favorecía la recons - trucción de un proyecto vital perdido en el cotidiano del hospicio. Vinculando al trabajador internado con la realidad exterior, a través del trabajo y de la reconstrucción de su red afectiva, Moffat y su grupo realizaron "una síntesis entre las técnicas psicoterapéuticas urbanas y las modalidades prácticas con las que el pueblo resuelve sus angustias". Esto fue hecho a través de una propuesta ideológica que se sintetiza de la siguiente forma:

- en primer lugar se trató de realizar con los miembros de la comunidad, "una mobilización (u organización) de base,"
- "que a través del rescate de la cultura popular,
- "procure redistribuír la locura,
- "operando con un nuevo esquema técnico,
- para, en seguida, estructurar un modelo teórico a partir de la práctica concreta." (MOFFAT,1984: 190).

Los resultados de esta experiencia fueron tan fructíferos que llevaron al autor a formular la ampliación del modelo teórico de la Peña (Moffat, 1984: 225) y a dedicarse a partir de 1976 a desarrollar un modelo terapéutico alternativo para situaciones de crisis.

Por su vez Lira, Weinstein y algunos compañeros (1984), formaron un colectivo de la salud mental en Chile después de la caída de Salvador Allende. Esto fue hecho, con

el objetivo de recuperar psicológicamente a las víctimas de la represión política, los torturados, los despojados de sus casas y de sus pertenencias, de su lugar, de su proyecto, e inclusive, los que fueron ejecutados y no murieron por accidente, por descuido, por "falla técnica" del agresor.

Respaldados por la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas en Santiago, este equipo se dedicó a formular una estrategia para la recuperación de identidades quebradas por la destrucción sistemática del proyecto político imperante, tomando como base una "visión totalizadora" que implica una redefinición del propio trabajo psicoterapéutico. De acuerdo con Suarez (1984:07) "esta redefinición excluye toda identificación con el agresor e incluye como condición de partida la identificación con el oprimido, como en toda terapia genuinamente desenajenadora".

De acuerdo con Lira,

> "el trabajo terapéutico ha estado destinado principalmente a reparar las repercusiones de los impactos traumáticos de la violencia ligada a la represión política en el sujeto dañado."... Lo que se intenta entonces "es restablecer la relación del sujeto con la realidad, recuperando su capacidad de vincularse con las personas y las cosas, su capacidad de proyectar su quehacer y su futuro, mediante un mejor conocimiento de sí mismo y de sus propios recursos, y también mediante la ampliación de su conciencia respecto a la realidad que le ha tocado vivir". (LIRA, 1984: 13).

La historicidad del sujeto, su situación económica, social, política, cultural, fueron tenidas en cuenta en la formulación de técnicas que terminaron por apoyar al individuo en su contacto con la realidad, minimizando sus posibili-

dades de fuga, fantasía, aislamiento, soledad y concesión a la ideología del agresor.

Estos ejemplos, demuestran la confiabilidad de las técnicas terapéuticas, apuntan para la necesidad de la construcción de alternativas psicoterapéuticas "descolonizadoras", viabilizan el tratamiento de los sectores oprimidos mediante el uso de una conciencia crítica, de una conciencia de clase y por último, demuestran que es posible recuperar psicologicamente a los miembros de estos sectores que presentan una sintomatología determinada como expresión de un conflicto vital.

En este sentido, estos ejemplos indican también que la imposibilidad de recuperación, el fracaso de la institución hospitalaria psiquiátrica, la eternización de la práctica de internación, la larga permanencia de los pacientes pobres en hospitales, sin signo de mejora, demuestran el desinterés de la sociedad civil y del Estado en la solución de este problema.

BIBLIOGRAFIA CITADA

ALMEIDA FILHO, Naomar M. de. Desenvolvimento do questionário de morbidade psiquiátrica infantil. Salvador, UFBA, Maestría en Salud Comunitaria, 1977.

ALMEIDA FILHO, Naomar M. de. "The psychosocial costs of development: labor, migration and stress in Bahia, Brazil", Latin American Research Review, Vol. 17, Nº 3, 1982, pp. 91/118.

BUSNELLO, E. D'Arrigo. "Psiquiatria do subdesenvolvimento ou psiquiatria subdesenvolvida" in: Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, Vol. LXXXIX, Nº 04, octubre / 1980, pp. 322/326.

COUTINHO, D. Prevalencia de Doenças Mentais em uma Comunidade Marginal: um estudo do Maciel, Salvador, UFBA, Tesis de Maestría presentada al Maestrado en Salud Comunitaria, 1976.

IERODIAKONOU, C. S. "Salud Mental y atención primaria en Grecia" in: Foro Mundial de la Salud, Vol. 5(2), 1984, pp. 138/140.

JACOBINA, Arnaldo R. O asilo e a constituição da psiquiatría na Bahia, Salvador, UFBA, Tesis de Maestría presentada al Maestrado en Salud Comunitaria, 1982.

LIRA, Elizabeth et alli. Psicoterapia y represión política, México, Siglo XXI, 1984.

MAYEB, Omar. "Un nuevo concepto del hospital psiquiátrico en

Somalía", in: Foro Mundial de la Salud, Vol. 5(3), 1984, pp. 276/278.

MEHTA, Panjak. "Detección de trastornos mentales en la India rural" in: Foro Mundial de la Salud, Vol. 5(4), 1984, pp. 397/399.

MOFFAT, Alfredo. Psicoterapia do Oprimido, Ideología e Técnica de Psiquiatría Popular, S. P., Cortez Ed., 1984, 5º ed.

SANTANA, Vilma Souza. Estudo Epidemiológico das Doenças Mentais num bairro de Salvador: Nordeste de Amaralina, Salvador, UFBA, Tese de Mestrado apresentada ao Mestrado em Saúde Comunitária, 1978.

SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, um estudo de psiquiatria social, Salvador, Contemp, 1984.

WAIKIRI, W. B. "Salud mental y enfermería psiquiátrica en Africa" in: Foro Mundial de la Salud, Vol. 5(4), 1985, pp. 382/386.

CAPITULO I

EL DESORDEN MENTAL COMO RESULTADO DE LA FRACTURA EN LAS RELACIONES SOCIALES EN LA SOCIEDAD CAPITALISTA: MARCO TEORICO-CONCEPTUAL.

1. Salud/enfermedad: una cuestión preliminar.

La formulación del marco teórico-conceptual que fundamenta este trabajo, presupone una discusión preliminar sobre los conceptos de salud y enfermedad, que permita crear las condiciones mínimas para abordar la cuestión del desorden mental.

La definición de salud más conocida en todo el mundo, fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud en 1946. En esta oportunidad la OMS caracterizó a la Salud como el bienestar físico, mental y social, al mismo tiempo en que proclamaba a la salud como derecho fundamental de todo ser humano, independiente de color, raza, religión, etc.(OMS, 1946: 01).

Esta definición viene siendo severamente criticada en el transcurso de las últimas décadas, a pesar de no

haberse propuesto hasta el momento ninguna alternativa. Ejemplos de estas críticas pueden ser encontradas en los trabajos de Ferrara et alli (1976: 427), Bastos (1979: 98), Singer et alli (1981: 68), Garrafa (1983: 33), Toney et alli (1984 : 157), Rezende (1986: 85) y Castillo (1984: 71).

Teniendo en consideración las diferencias existentes, tales críticos al mismo tiempo en que reconocen el avance de la OMS por no relacionar la salud solamente a una dimensión somática (ausencia de enfermedades, por ejemplo) y porque destaca la importancia socio-política de la salud al considerarla un derecho de todos los ciudadanos del mundo, cuestionan algunos de los aspectos de esta definición, principalmente en lo que se refiere a la noción de bienestar. Esta noción, por el hecho de que es dificilmente objetivable , sería responsable por la excesiva amplitud y baja operacionalidad del concepto de salud.

Además, según tales críticos esta difusa noción de bienestar, imprimiría al concepto un carácter utópico, idealista, acrítico, y al mismo tiempo teleológico, sugiriendo como presupuesto las ideas de crecimiento y desarrollo.

A nuestro entender, además de estas dificultades , consideramos que para que se alcance una relativa unidad conceptual en relación a la salud, dependemos principalmente de que se realice una discusión amplia sobre la compleja relación mente/cuerpo, discusión que podría aclarar los aspectos centrales sobre la base emocional de la salud, aunque este proceso tuviese sólo resultados a nivel de formulaciones de suposiciones e hipótesis consensuales.

Por otro lado, entendemos que para agudizar aún más la situación, se le suma otro obstáculo, resultado de las políticas de salud (principalmente en el caso de las sociedades subdesarrolladas) que enfatizan la asistencia de la enfermedad en contraposición a una planificación racional de las prácticas preventivas y de simples medidas de salud pública. Esta práctica (que interpretamos como causa fundamental de la hegemonía del modelo médico tradicional) conduce a un ocultamiento de la propia relación salud/enfermedad, dificultando la elaboración conceptual de estos términos, en la medida en que confunde cuestiones de salud con cuestiones de enfermedad.

Para los efectos de este trabajo, teniendo en cuenta estos obstáculos y al mismo tiempo necesitando definir algunos criterios, entendemos que la salud se relaciona con una buena alimentación, habitación, agua corriente potable, cloacas, control de la contaminación, inmunización, posibilidades aseguradas de esparcimiento y estabilidad en el trabajo. En este sentido, ~~enfermedad~~ salud tiene muy poco que ver con los médicos y hospitales, y mucho con las condiciones materiales de vida.

Consecuentemente entendemos a la enfermedad como el resultado de la ausencia de estos aspectos, porque resulta obvio que si bien no pueden ser explicadas todas las enfermedades por la ausencia de estas causas, la mayor parte de las epidemias alcanza con más frecuencia a la población de baja renta, cuya carencia alimenticia asociada al consumo de agua contaminada, a casas insalubres, a inestabilidad en el empleo, etc. la transforman en campo de cultivo para su

proliferación.

De este modo, nuestro punto de vista se inspira en Laurell (1982) por considerar éste el contenido social del proceso salud/enfermedad, enfatizando por lo tanto, sus determinaciones sociales, económicas, políticas y culturales. Lo que implica enfocar lo biológico no sólo como entidad natural y ahistórica, sino como algo capaz de reflejar las relaciones sociales en su conjunto. (Laurell, 1983).

Vemos entonces, que las dificultades encontradas sobre el concepto del desorden mental, pueden ser interpretadas como el resultado de la falta de unidad conceptual en relación a la salud. En la ausencia de un consenso sobre el tema, la clasificación elaborada por la Organización Mundial de la Salud,(1) podría servirnos como punto de partida, pero de acuerdo con Braustein (1985), esta clasificación (cuyo objeto es instrumentar la práctica médica) es contradictoria en la medida en que no existe hasta el momento, una definición acabada sobre la mente humana.

O sea: la indefinición existente en la formulación de la OMS refleja la indefinición misma del objeto de clasificación; lo que termina por producirse es una situación que en lugar de ser visualizadas las rupturas y discontinuidades de lo clasificado, se finge una unidad y se intenta homogeneizar los diferentes campos temáticos que pueden ser albergados. De

---

(1). Ver en las notas al final del capítulo, el texto de esta clasificación Internacional de los Desórdenes Mentales , incrementado de algunos breves comentarios elaborados por Nestor A. Braustein.

esta forma, se pasa "del terreno de la biología al del psicoanálisis, de éste a lo jurídico-penal, de allí a lo sociopolítico", de manera a considerarse una variedad de situaciones que van desde la demencia senil hasta el desajuste conyugal. (BRAUSTEIN, 1985: 22).

De nuestro punto de vista, considerando una vez más la falta de consenso sobre el asunto, entendemos al desorden mental como un proceso social que depende de las circunstancias en el que se inscribe, en la medida en que resulta también de carencias materiales y emocionales que se encuentran historicamente definidas y localizadas. Tales carencias, asociadas o no a problemas orgánicos, son responsables por la presencia del stress, de la fatiga, de los disturbios emocionales, pudiendo venir a fortalecer y contribuír para volver crónicas patologías más claramente orgánicas.

Pero la delimitación del desorden mental no se agota en este nivel. Para apoyar la realización de esta tarea necesitamos todavía reconocer otros criterios, de contenido supra-estructural, a fin de circunscribir más claramente el problema. De esta forma, destacamos la importancia del punto de vista crítico de Guillon de Albuquerque (1978/18), al considerar que el desorden mental, en lo que respecta al desorden del espíritu, derivaría en la práctica, de varias concepciones sobre la ley y el orden:

> "de la idea del orden en lo que tiene que ver con la sujeción a una norma, decreto, expresión de una voluntad superior, la definición científica de la enfermedad mental retira la caracterización del loco como rebelde, contrario a cualquier norma o

> regularidad, la propia metáfora de lo imprevisible y del despropósito. De la idea del orden como expresión de un principio abstracto, deriva la idea de irracionalidad del loco y del carácter anormal, y por lo tanto, especial, de la enfermedad mental. Finalmente, de la idea de ley como regularidad inmanente y necesaria de los fenómenos, deriva la concepción de la locura como patología, excepción."

El resultado de este proceso, de acuerdo con lo que veremos más adelante, será el obscurecimiento del propio fenómeno de la locura, o sea, su ideologización.

De esta manera, teniendo en vista la ausencia de una definición pronta sobre el desorden mental, decidimos considerar como enfermo mental al individuo que fue de esta forma rotulado por el aparato psiquiátrico, por la familia y por la sociedad, que se encuentra internado en hospitales, a pesar de que tengamos conocimiento (a la luz de las observaciones anteriores) de que el simple hecho de la internación y aún de la rotulación están lejos de agotar la complejidad del problema.

Es válido puntualizar, que la elección del hospital como universo de investigación podría a primera vista parecer no necesaria, debido a los riesgos que se corren de repetición de otros estudios que han tomado al hospital psiquiátrico como punto de partida. Y por otro lado, por las limitaciones que este universo representa, al no sintetizar todo el campo y la complejidad del fenómeno.

Mientras tanto, la práctica demostró la relatividad de estos riesgos por las siguientes razones: primero, porque

no es nuestro objetivo elaborar un estudio más sobre la institución hospitalaria, a pesar de reconocer la importancia de la producción científica en esta área. En este caso, el hospital funcionó como nuestro banco de datos, inclusive el único banco disponible, donde tuvimos acceso a los archivos, fichas de inscripción, anotaciones, observaciones, formularios, diagnósticos, además de las facilidades representadas por permitir los contactos personales con los pacientes, contactos que permitían tener acceso a diversos factores sociales que motivaban la internación. Segundo, porque si por un lado la elección del hospital puede dejar de lado la amplitud del fenómeno de la locura, en la medida en que se limita a trabajar con su aspecto institucionalizado, por otro la propia práctica demostró que faltaba todavía conocer y descifrar mucho del "rostro institucionalizado". De este modo, reconocemos que los avances realizados en este sentido, pueden contribuír para el conocimiento de la otra fase: la locura no institucionalizada, no encerrada en los hospitales, la locura de las calles, de las esquinas, de las ciudades.

Por último, creemos conveniente advertir que en este trabajo optamos por el uso alternado de los términos locura, enfermedad mental, desorden mental y trastornos psíquicos, porque a pesar de reconocer la desición de la OMS en el sentido de evitar el uso de los primeros (locura y enfermedad), no podemos dejar de admitir que en la práctica, desde el angulo del senso común, nadie califica a un individuo de desordenado o trastornado, porque en última instancia, la sociedad está tratando de y con locos, y/o enfermos.

2. Delimitación del tema.

De acuerdo a lo que enunciamos en la introducción de este trabajo, nuestro tema de investigación consiste en las relaciones entre locura y pobreza en Bahía, a través del análisis del papel que juegan la estructura productiva y la participación en las estructuras de poder en el proceso de enloquecimiento.

Luego, uno de los conceptos básicos para nosotros, es representado por el proceso de trabajo. Pero, en la medida que el hospital funcionó como nuestro banco de datos, tuvimos que considerar al proceso de trabajo a través de sus consecuencias, o sea, considerándolo de acuerdo a la interpretación de Marx en El Capital, como proceso de consumo de la fuerza de trabajo.

Los datos sobre este consumo fueron encontrados en las historias de los pacientes más visiblemente afectados por el stress, por la fatiga, por el desánimo, por el miedo, por la inseguridad, en fin, por muchas de estas sensaciones negativas que pueden ser interpretadas relacionándolas directa o indirectamente con la historia de trabajo.

En este sentido, nuestra preocupación fue menos dirigida para los diferentes aportes teóricos actuales sobre el proceso de trabajo en sí mismo, y más para la verificación empírica de los efectos de la competición, de la marginalidad, del subempleo, del desempleo, de la explotación, etc. en los pacientes investigados.

Este enfoque inclusive, permitió entre otras cosas, que pudiésemos considerar el trabajo como expresión de aquello que llamamos fractura en las relaciones sociales, en la medida en que la situación de trabajo puede provocar cisuras entre el individuo y su medio ambiente y también entre su actividad y la dinámica de la sociedad en general. Ejemplos de esto son la migración campo/ciudad, al quebrar la red de relaciones que el individuo constituye desde la infancia, y el ejercicio de actividades marginales en relación al modo de producción hegemónico, que termina por conducirlo a una situación también marginal en relación a los padrones dominantes de ocupación y consumo.

Al tomar en cuenta este tipo de preocupaciones,este trabajo se asemeja de cierta forma al estudio de Souza (1983) el cuál se ha dedicado a observar las relaciones entre el aumento del número de consultas por parte de las personas que se dicen "enfermas de los nervios", y la situación de carencia de amplios sectores de la población de la ciudad de São Paulo. Su hipótesis de trabajo (en parte ya confirmada por las entrevistas realizadas hasta ahora con los asegurados por la previsión social) es de que tales asegurados "generan síntomas 'nerviosos' en consecuencia de sentimientos de fracaso y explotación, desarrollados y acumulados a lo largo de su historia de vida", particularmente localizados en la esfera del trabajo. (SOUZA, 1983: 134).

Para delimitar de forma más clara nuestras preocupaciones, llamamos la atención para cinco puntos, que por la negativa ayudan a cicunscribir mejor su ámbito.

En primer lugar, conviene señalar (de acuerdo con

lo referido en la introducción), que no se trata de descono - cer la fuerza de los elementos subjetivos, personales, particulares de cada individuo, en términos del papel que puedan jugar en el desarrollo de un proceso de enfermedad mental. En este sentido, la delimitación de la temática alrededor de la producción y del autoritarismo, se preocupa por encontrar una "mirada sociológica", o sea una mirada que pueda en un plan más general, relacionar lo personal con situaciones generales, y contextualizar la evolución de trastornos psíquicos, a través de un intento de historización del fenómeno.Por lo tanto, lo que no se quiere, es reducir los problemas de las personas investigadas a los conflictos originados en las relaciones con sus progenitores -padre o madre- , o grupo familiar.En cambio, lo que se pretende, es buscar también fuera de estas instancias, elementos que aclaren a un nivel macroestructural la evolución del desorden mental.

En segundo lugar, aclaramos que no se trata de refutar aquí el significado que pueda tener la bioquímica en la producción de la locura. Reconocemos los grandes avances que la ciencia natural ha realizado en lo referente al estudio y control de los factores que intervienen organicamente en la creación de condiciones favorables al desorden mental.Sin embargo, por una cuestión de formación y elección, la discusión tratará de algunos aspectos estructurales, sociales y políticos, implicados en la reproducción del desorden mental, entendiendo que estos factores terminan por enmascarar los diver - sos elementos, sean o no de orden orgánico.

En tercer lugar, al analizar la magnitud de las condiciones estructurales en la transformación de una persona ac

tiva en un paciente, y como tal improductiva e inútil,estamos considerando su exclusión como un fenómeno anterior a su internación. En este caso, vislumbramos al hospital como una consecuencia de un proceso de exclusión que tiene inicio en una etapa anterior a la hospitalización, comenzando verdaderamente a partir del origen socio-económico del individuo.

En otros términos, esto significa contextualizar la crisis del hospital como institución de cura y tratamiento , como parte de una crisis más general de nuestras instituciones. Al final de cuentas, desde nuestro punto de vista las instituciones burguesas atraviesan un momento crítico: la familia se devora, la escuela se cierra en sí misma, la religión no responde, el Estado oprime, la sociedad civil se esconde y la ciencia rompió una posible unidad entre las las representaciones del mundo y el mundo mismo, provocando todavía, mayor inquietud.

Así, en lugar de realizar un estudio de la institución hospitalaria, optamos por indagar acerca de las formas de apropiación y explotación de la subjetividad del trabajador, tal como se manifiestan en el interior del proceso de acumulación del capital, proceso que se constituye en una fuente segura de derrota, de rupturas internas, de alienación, de insatisfacción, de desagregación, de desesperanza, de situaciones que superan los propios límites de nuestra humanidad.

En cuarto lugar, es conveniente resaltar que dejamos de lado los aspectos más especificamente culturales del desorden mental. Tales aspectos son los que tienen que ver con los mitos, símbolos y representaciones religiosas que

las clases populares elaboran más especificamente como resultado mismo de la lucha por la supervivencia individual y grupal. Sin desconocer la importancia del estudio sobre estos aspectos de extrema importancia, una vez más por una cuestión de formación y elección decidimos trabajar con los factores relacionados más directamente con la estructura de clases y las microestructuras de poder.

Por último, de acuerdo con Rajchenberg y Teixeira (1988) intentamos no adoptar formulaciones demasiado esquemáticas al relacionar fenómenos tales como locura, pobreza y trabajo, pues reconocemos los peligros de una radicalización que conduciría a interpretar el trabajo como el gran culpable, la causa única de todos los males. Esto significaría dejar de reconocer "las consecuencias positivas sobre la salud que tienen el acto del trabajo y también el medio social." (RAJCHENBERG y TEIXEIRA, 1988: 01).

Por todo esto, adjudicamos a nuestras conclusiones el carácter de respuestas posibles al problema, al mismo tiempo que justificamos (de acuerdo a los términos de la introducción de este trabajo) el esfuerzo en el mismo como forma de adoptar una perspectiva sociológica del problema.

3. Objetivos

Los objetivos de nuestra investigación pueden ser divididos en generales y específicos. Entre los generales, puntualizamos dos:

a. Indicar, de acuerdo con la premisa general de este trabajo, que la exclusión económica, social y política a la que son sometidos los pacientes investigados, tiene su inicio mucho tiempo antes de su internación, y que su origen ya define su situación como miembro perteneciente a las clases inferiores, portadoras de un bajo "poder contractual".

b. Señalar el contenido historico-social del desorden mental, llamando la atención para el papel que juega el contexto de una formación social determinada (dependiente, subdesarrollada, periférica) en su producción.

Entre los objetivos específicos, destacamos los siguientes:

a. Indicar las relaciones posibles entre el proceso de trabajo, y el desarrollo del desorden mental.

b. Indicar relaciones posibles entre el proceso de trabajo, prácticas autoritárias y el desorden mental.

c. Indicar, que diferencias de clase social pueden interferir en la presentación de trastornos psíquicos.

d. Demostrar que, prácticas de violencia y repre - sión asociadas a la división y organización del trabajo, condicionan el desorden mental.

e. Discutir la funcionalidad de la etiqueta de enfermo mental, demostrando su utilidad ideológica. Lo mismo que las asociadas entre locura y delincuencia, locura y criminalidad, locura y mendicancia, locura y desempleo, locura y subempleo, que en un contexto subdesarrollado también son de suma utilidad ideológica.

4. Categorías conceptuales básicas.

Definidos nuestros objetivos -los cuales inscriben la cuestión del desorden mental en el seno de la lucha de clases- corresponde ahora discutir y articular las categorías conceptuales básicas que apoyan la realización empírica de este trabajo. Tales categorías: clase social, trabajo, alienación, ideología, conciencia, y microestructuras de poder (que serán retomadas a lo largo de este trabajo de forma más detallada), constituyen las mediaciones entre capitalismo y desorden mental.

En el ámbito que corresponde a clase social, será dada una atención especial al vínculo que establecen los individuos con la producción a través del trabajo; considerándose la formación de un excedente poblacional, al cual pertenece la mayoría de los pacientes investigados.

Esto, porque entendemos la sociedad capitalista como un tipo determinado de sociedad que estructura sus relaciones alrededor de la forma mercadería, y que define sus miembros alrededor de la condición de propiedad de esta forma, dividiéndolos en propietarios del capital y propietarios del trabajo. Sea en el ámbito de la producción inmediata, como en el de la reproducción de la vida social en un sentido más ámplio. (Marx, 1983).

En este sentido es que comprendemos al proceso de producción como "proceso de formación de valor", en la medida en que la producción de mercaderías se basa sobre el trabajo

no retribuído. (Marx, 1979: 226). Por proceso de trabajo, entendemos "el proceso en que el capitalista consume la fuerza de trabajo" o sea, entendemos que "el proceso laboral no es más que el consumo de la mercancía fuerza de trabajo, comprada por él, y a la que sin embargo sólo puede consumir sí se le adiciona medios de producción. (Marx, 1979: 225).

A partir de esta perspectiva, situamos el problema de la alienación, en su relación con los conceptos de ideología y conciencia, refiriéndonos al contexto de marginalidad estructural en el cual se sitúa el contingente investigado. De esta manera, el fenómeno de la alienación es entendido como el resultado de la práctica diaria de la venta de la fuerza de trabajo, proceso por el cual el trabajador termina perdiendo su identidad. Esto, debido a que su propia fuerza de trabajo, como el producto de su actividad, se transforman en algo extraño a sí mismo, dotado de un poder autónomo que termina por dominarlo y someterlo a las reglas del juego del capital. (Marx, 1982).

De este nivel de alienación, derivan los otros que se dan tanto en la esfera de las relaciones humanas como en el ámbito de la imagen que los hombres construyen sobre sí mismos. (Marx, 1982). La sensación de distanciamiento que resulta de esto, en el caso específico de los trabajadores investigados, reducidos hoy a la condición de pacientes de hospitales psiquiátricos, es también interpretada en los términos de que la historia de su locura es la historia de su alienación, de la destrucción de su subjetividad, de la sujeción de su voluntad y de la sumisión de sus deseos, a una

red institucional de cuidados médicos que han sido cómplices del control y exclusión de las masas marginales. (Foucault, 1981).

Por ideología entendemos la separación entre la producción de las ideas y las condiciones sociales e históricas dentro de las cuales estas ideas son producidas y divulgadas.(Marx, 1979). Los nexos entre ideología e alienación provienen del hecho de que

> "en el plano de la experiencia vivida e inmediata, las condiciones reales de existencia social de los hombres no aparezcan como producidas por ellos, sino, al contrario, ellos se perciben producidos por dichas condiciones y atribuyen el origen de la vida social a fuerzas ignoradas, ajenas a las suyas, superiores e independientes (Dioses, naturaleza, razón, Estado, destino, etc.), de suerte que las ideas cotidianas de los hombres representen la realidad del modo invertido y son conservadas en esa inversión". (CHAUI, 1981: 86).

En otros términos, la ideología no constituye " un proceso subjetivo consciente, sino un fenómeno objetivo y subjetivo involuntario producido por las condiciones objetivas de la existencia social de los individuos", en el cual la relación del individuo con su clase es vivida como sumisión a condiciones de vida y trabajo predefinidas, haciendo con que "cada individuo no pueda reconocerse como constructor de su propia clase". (CHAUI, 1981: 78). En este caso,

> "lo que torna posible la ideología es la lucha de clases, la dominación de una clase sobre las otras. Sin embargo, lo que hace de la ideología una fuerza casi imposible

> de ser destruída es el hecho de que la dominación real es justamente aquello que la ideología tiene por finalidad ocultar ". (CHAUI, 1981 : 87).

En este sentido, antes de discutir sobre las posibilidades de la conciencia de clase, juzgamos conveniente considerar que

> "la forma inicial de la conciencia es, ... la alienación. Y porque la alienación es la manifestación inicial de la conciencia, la ideología será posible: las ideas serán tomadas como anteriores a la práctica, como superiores y exteriores a ella, como un poder espiritual autónomo que comanda la acción material de los hombres". (CHAUI, 1981:65).

Por microestructuras de poder nos referimos a la existencia de una amplia red de micropoderes que viabilizan la dominación de un modo más inmediato, a través del ejercicio de estrategias que acompañan y controlan la vida cotidiana de de los individuos (en el seno de la familia, en el ámbito de la escuela, en el vecindario, dentro del grupo de trabajo, etc.). En este sentido, partimos de considerar la "producción multiforme de relaciones de dominación que son parcialmente integrables en estrategias de conjunto", en lugar de partir "de un hecho primero y masivo de dominación (una estructura binaria compuesta de dominantes y dominados)" . (FOUCAULT, 1978 : 171).

Consecuentemente, al hablar de clase social, de alienación, de trabajo, de ideología, de conciencia estamos teniendo en consideración la "cara concreta del poder". O sea, estamos atentos al hecho de que la reproducción de la domi-

nación no se dá fuera del espacio de actuación de los individuos, de manera exterior a cada uno de ellos, sino antes por el contrario, entendemos que la práctica de la dominación y el ejercicio de la sumisión tiene un contenido subjetivo , práctico, real, inmediato. Esto nos posibilita entender a la lucha de clases no apenas en su contenido programático, que se encuentra fuera de nosotros en el momento, y nos espera algún día en el futuro. Por el contrario, la idea de microestructuras de poder posibilita la comprensión de esta lucha en el presente, en la vida diaria, en lo cotidiano de cada individuo, a partirde donde son formuladas y practicadas las más diferentes formas de resistencia y sumisión a las estrategias dominantes de reproducción del orden social. (FOUCAULT, 1979 : 181).

En otras palabras, si por un lado, le adjudicamos una importancia decisiva a las condiciones de sobrevivencia de los individuos en la reproducción de trastornos psíquicos (lo que nos llevó a levantar datos sobre la historia laboral de los pacientes en un período anterior a la internación) , por otro lado, sabemos que las instituciones de tratamiento psiquiátrico en sí mismas, tienen un significado económico reducido, si se toma el conjunto de relaciones económicas de una sociedad determinada. Lo que nada afecta que su existencia sirva para indicar, inclusive metaforicamente, la diná - mica de la economía del poder que la sociedad burguesa desarrolla para mantener su propio orden social, económico y político, aunque las instancias ideológicas en cuestión (en el caso, las propias instituciones) tengan un peso económico relativamente pequeño.

5. Hipótesis.

Definido el tema de nuestra investigación,esbozados nuestros objetivos y presentados en líneas generales, la relación de las categorías conceptuales básicas lo mismo que su articulación, podemos ahora relacionar las hipótesis que nortearon este trabajo.

Hipótesis central: el proceso del desorden mental se encuentra historicamente condicionado, o sea, no es solamente un producto de la dinámica biológica, sino que resulta también del complejo de relaciones sociales, siendo por lo tanto condicionado por leyes y determinaciones históricas.

Desarrollo de la hipótesis central: no se puede construír un marco de análisis sobre el proceso de salud mental, sin tener en cuenta el desarrollo histórico capitalista, las contradicciones entre las fuerzas productivas y la dinámica de las relaciones sociales. Tales relaciones se han caracterizado por lo que llamamos fractura, o sea, por la monotonía, el aislamiento, la rutina, la expropiación de la actividad subjetiva de los trabajadores, la enajenación, la fetichización de estas mismas relaciones.

En este sentido, de acuerdo con la teoría marxista, consideramos que la temática de la enajenación se asocia al concepto de trabajo y deriva del análisis de la forma mercancía, como expresión del desencuentro entre la objetividad y la subjetividad del trabajador.

Por otro lado, de acuerdo a los términos foucaultianos, consideramos que la enajenación supera el nivel más inmediato de la producción, como resultante de una medida de fuerza, de una concentración de poder en las manos de múltiples instancias de dominación que se encargan de disciplinar el cotidiano de los individuos (separando, vigilando, puniendo, secuestrando), excluyendo a aquellos que constituyen una amenaza al orden establecido: delincuentes, viejos, criminales, mendigos, pobres, vagabundos, mujeres, niños, homosexuales, locos.

La inclusión de los dos enfoques supone que pese a sus diferencias, el cierne de la enajenación permanece igual: la dominación. Esta a su vez implica la práctica del extrañamiento y este sentimiento (considerado en el ámbito de las dos teorías citadas), sugiere que el desorden mental se constituye en una de las respuestas posibles dentro de un contexto estructural determinado. Como tal, se encuentra condicionado por la división y organización del trabajo, y también por los mecanismos de autoridad instalados en el seno de nuestra sociedad, lo mismo que las prácticas autoritarias en general.

Existe pues una relación (difícil pero no imposible de ser investigada), entre alteraciones psíquicas y el proceso de trabajo, principalmente en los casos en que se puede constatar la presencia de fuertes presiones, indiscriminado uso de la violencia, alto grado de inestabilidad en el empleo, baja productividad, bajo nivel de remuneración, ejercicio de prácticas autoritarias al nivel de la división y de la organización del trabajo. Tales prácticas incorporadas en el

interior de las microestructuras de poder, favorecen la expropiación de las subjetividad de los trabajadores,condicionando su desgaste físico y mental.

De esta hipótesis central, se pueden derivar las siguientes hipótesis:

a. Diferencias de clase social condicionan el desarrollo del desorden mental.

b. Diferencias al nivel de la posición y participación política (considerada en el ámbito de la práctica diaria) condicionan el desorden mental.

c. La internación como práctica social real, se ha convertido en el decorrer del tiempo, en una de las medidas más eficaces para decretar la muerte política de los individuos, en la medida que descalifica el interior mismo de las prácticas terapéuticas, el discurso del loco sobre sí mismo, sobre la sociedad, sobre sus posibilidades estratégicas de cura, y sobre sus resistencias al orden establecido.

d. En este sentido, endendemos de acuerdo con Basaglia, que la exclusión económico-social a la cual están sometidos los locos, tiene su fundamento en una "inferioridad original" que deriva de su bajo "poder contractual". (Basaglia, 1972 : 51). Esto posibilita que el rótulo de locura no sea aplicado a un único rostro (el del enfermo), sino a un rostro múltiple que en la ciudad de Salvador/ Bahía / Brasil, significa la existencia de un asociación entre la locura y la pobreza, la locura y la criminalidad, la locura y la marginalidad, la locura y la delin-

cuencia, la locura y el desempleo. La necesidad de orden social, definida en el ámbito del poder y de los micropoderes, condicionan la reunión de estas múltiples situaciones personales bajo un mismo rótulo, para asegurar el mantenimiento de la hegemonía burguesa.

6. Procedimientos metodológicos.

Los procedimientos metodológicos adoptados en el curso de este trabajo fueron siendo desarrollados a lo largo de la realización práctica de esta tarea, iniciándose en el mismo momento que definimos nuestra primera aproximación a la temática.

Tal aproximación incluyó en un primer momento, los contactos iniciales con las instituciones psiquiátricas de la ciudad de Salvador, a través de visitas a las instalaciones para la verificación de sus condiciones generales de funcionamiento y de la posibilidad misma de realizar la investigación. Nuestra práctica anterior con sectores oprimidos en situaciones extremas (criminales de la Penitenciaría Estadual y viejos mineros de una comunidad en decadencia), nos ayudó a comprender los límites de la propia institución en términos de las informaciones disponibles, lo que por cierto permitió el desarrollo de nuestras actividades a partir de una práctica realista que terminaría por circunscribir (como ya aclaramos) al hospital como nuestro banco de datos. Tal vez esto no pueda considerarse lo mejor, pero por lo menos era lo único de que se disponía en el momento.

Fueron los contactos hechos en 1982, los que también colaboraron para la definición de que los archivos de los hospitales fueran el punto de partida de nuestro estudio, el lugar donde encontraríamos las informaciones censitarias capaces de proporcionar una identificación socio-económica

de la población a ser investigada.

En el transcurso de esta tarea terminamos por alternar la investigación de dichos archivos, con el contacto directo con algunos de los pacientes que presentaban una problemática directamente relacionada con nuestros objetivos.

La selección de los dos hospitales donde realizamos nuestro estudio, el Manicomio Judiciário de Bahía (perteneciente a la red pública) y la Casa de Salud Santa Mónica (hospital de la red privada, contratado por el Instituto Nacional de Previdencia Social), es justificada en el primer caso, por la información a la que teníamos acceso sobre los caracteres específicos de su población que eran de nuestro interés investigar. O sea, en este hospital estaban internados principalmente trabajadores de áreas rurales, desposeídos, fuerza de trabajo liberada por el modo de producción capitalista, en su particular estado de simbiosis con las formas pre-capitalistas de producción; o trabajadores liberados por la sequía o por la baja productividad de sus tierras, en suma por falta de trabajo.

En el caso de la Casa de Salud Santa Mónica, también a través de los primeros contactos, recibimos la información sobre dicho hospital como siendo de todos los que funcionan en la ciudad, el que alberga la mayor población de internados, diversificada en origen, sexo, ocupación, etc., con un predominio de trabajadores urbanos.

El análisis de estas dos instituciones, permitió la comparación entre el trabajador rural y el urbano an-

7. Fundamentos teórico-metodológicos.

Desde un punto de vista metodológico, esta tarea ha intentado apoyarse en los fundamentos de la concepción materialista de la historia, tal como Marx y Engels lo exponen en La Ideología Alemana. En esta obra, las premisas del método (interpretadas como indicadores) apuntan hacia una actitud que rechaza las especulaciones y busca el apoyo de la práctica para poder continuar desarrollando sus fundamentos.

La premisas o fundamentos de esta concepción pueden ser resumidos de la siguiente manera : en primer lugar, se trata de partir de los hechos o bases "reales", o sea, de las condiciones materiales de vida. Por lo tanto, se trata de partir de lo empíricamente comprobable, de las actividades materiales según surgen al nivel de la dinámica de la producción y reproducción de la existencia.

La incorporación de esta premisa general permitió, por un lado, una crítica a la formulación idealista que ve en la historia una sucesión de hechos cronológicos aislados, y también posibilitó otra crítica, esta vez contra el empirismo abstracto y su tendencia a fraccionar la realidad en múltiples micro-universos de investigación, sin el mínimo intento de integrarlos a una totalidad que los supera y que presupone su propio contenido de historicidad.

La segunda premisa, la cual implica una crítica también al idealismo, sugiere que los científicos no tienen

otra alternativa, sino la de comenzar por las condiciones indispensables para cualquier historia humana: la existencia de los seres vivos y su relación con la naturaleza.

Para fundamentar esta premisa, Marx y Engels consideran que los hombres se distinguen básicamente de los animales, porque producen sus medios de existencia al mismo tiempo que sus consecuencias, o sea, la división del trabajo, el mercado mundial, el Estado, las distintas formas de propiedad, de religión, de referentes culturales, etc. Esta constatación los induce a concluír que existe una relación directa entre la producción de la conciencia, de las ideas y concepciones por un lado, y la forma o modo de reproducción de esa existencia, por otro lado.

En la práctica, esto nos posibilitó enfrentarnos a las ideas y representaciones no como si fueran estas entidades autónomas, sino como hechos cuyo desarrollo resulta de las relaciones que se establecen al nivel de la producción y terminan por imponer una dinámica al pensamiento y a sus propios productos.

Tal premisa fue sintetizada por Marx y Engels de la siguiente manera:"no es la conciencia la que determina la vida, sino la vida la que determina la conciencia". (MARX y ENGELS, 1979: 38).

La incorporación de esta premisa específicamente , nos significó trabajar con la conciencia en su dimensión histórica, o sea, en su vinculación con las bases reales del impulso de la existencia: división y organización del trabajo, mercado, Estado, etc. Por otro lado, tal incorporación signi-

ficó también tener otra percepción igualmente importante: la de que estas bases reales originadas en el proceso de producción, asumen contradictoriamente una apariencia autónoma frente a este mismo proceso, favoreciendo así la aliena - ción, dominando aparentemente las relaciones sociales, dándoles forma, contenido y dinámica, en suma lo que esto ocasiona es que los hombres pierdan de vista el hecho de que la base concreta de la conciencia consiste en la suma del capital y las fuerzas productivas.

Por último, tratamos de considerar la premisa que indica que las ideas de la clase dominante son, en cada momento histórico las que se imponen. O sea, que la clase que controla los medios de producción materiales, también controla los medios de producción intelectuales, valiendo las ideas dominantes como expresión idealizada de las relaciones materiales dominantes, mientras que el Estado y el Derecho funcionan como representaciones ilusorias de una comunidad que en el fondo es inexistente.

Sintetizando, podríamos decir que tales premisas o fundamentos de la concepción materialista de la historia nos son útiles a los efectos de nuestro objetivo, en ubicar los componentes reales que intervienen en el proceso de enloquecimiento. O sea, necesitamos encarar la conciencia como un hecho histórico y la locura como una de las formas posibles de conciencia del mundo y de sí mismo, dado que no es nuestra intención especular sobre el desorden mental o construír abstracciones que podrían conducirnos a mistificarla o entenderla como algo ahistórico.

Queremos llamar la atención sobre el hecho de que ,

si es la vida la que determina la conciencia, entonces la locura (considerada esta una de sus manifestaciones) necesita de una explicación que supere los límites de las cuestiones individuales, y una de estas explicaciones puede encontrar su raíz en el conjunto de las relaciones sociales. Nuestra intención es buscar las razones que expliquen como la realidad material en convivencia con la reproducción de la existencia, puede ser capaz de engendrar respuestas como extrañamiento, alienación y desorden mental. Exactamente por eso es que nos interesa rescatar la forma como los pacientes investigados describen su pasaje y participación en esta "lucha por la vida", lucha que dá contenido a muchas de sus angustias y procesos de alejamiento de la realidad.

En este sentido, tales fundamentos o premisas nos instrumentan inclusive para decirnos no solamente que la locura es el reflejo de la disociación de las funciones psíquicas del individuo, o que la locura consiste en una concepción delirante sobre la realidad, sino sobre lo que nos preocupa a nivel de cuestionamiento: por que, el hecho de sobrevivir adquiere un contenido delirante, a nivel de la dinámica del modo de producción capitalista y de las formas ilusorias de autojustificación que este es capaz de engendrar.

La adhesión a los principios de una concepción materialista de la historia implicó sin duda, la adhesión a la dialéctica como actitud metodológica. Esto, posibilitó el enfrentamiento de las propias contradicciones presentes en el proceso investigado. Así, fue posible comprender que tanto la exclusión como la utilización de rótulos con la

intención de caracterizar al desorden, de una manera general, resultan de una contradicción mayor implícita en el propio proceso de construcción del proyecto burgués, lo cual a los efectos de reproducción necesita crear una población excedente que termina por constituírse en una amenaza que es necesario controlar, castigar, separar, mediante la utilización de recursos institucionales de contenido ideológico altamente represivo.

Parecería contradictorio que un trabajo que se propone tener en consideración los puntos de vista de Michel Foucault sobre la locura, la alienación y las estructuras de poder, también se base en los fundamentos de la concepción materialista de la historia y en la dialéctica de la lucha de clases, cuando se conoce que las críticas tal vez más violentas que él hizo al marxismo están dirigidas en contra de los conceptos de totalidad y de contradicción.

Pero según entendemos, las críticas de Foucault son fruto de un diálogo con un adversario particular: un cierto marxismo (stalinista) francés que intenta operar con una totalidad abstracta compuesta por dos niveles aislados : una infra-estructura y una super-estructura ideológica, sin matizar las mediaciones entre ambos niveles o sea, sin rescatar sus especificidades históricas y el contenido múltiple de sus relaciones.

Por otro lado, entendemos que la crítica foucaultiana a la contradicción es referida a la discusión sobre el carácter de unicidad de la misma. En La arqueología del saber, principalmente, queda claro que lo que Foucault discute es la posibilidad de existencia de una única contradicción (la

contradicción de clase), y consecuentemente lo que plantea es que no hay una contradicción sino diversas contradicciones . Del mismo modo que sugiere que no hay alienación, sino alienaciones múltiples cuyo origen es también disperso y múltiple , y no sólo de clase. (Foucault, 1983).

De lo anterior se desprende que él plantee sus discordancias con respecto al principio dialéctico de superación de las contradicciones, porque sí el origen de estas es múltiple, disperso y discontinuo, ¿Cómo suponer que mañana las contradicciones van a ser superadas? e inclusive, ¿ Cómo creer que es un sujeto pre-determinado, el proletariado, el que va a hacerse cargo de dicha superación?.

Sin desconocer la importancia de las cuestiones que Foucault consiguió plantear en sus diálogos principalmente con la izquierda occidental europea, y sin dejar de reconocer la propiedad de las mismas en el contexto de su propio diálogo, lo que consideramos a nivel personal es que tales críticas a la totalidad y a la contradicción son respondidas por la teoría marxista a través de conceptos tales como <u>formación económico-social</u>, <u>sociedad civil</u>, <u>bloque histórico</u>, <u>aparatos ideológicos</u>, <u>determinaciones sociales e históricas</u>. La adhesión a tales conceptos resulta del hecho de que de <u>una</u> contradicción fundamental va a derivar otras contradicciones sociales e históricas <u>que no aparecen y que no son vividas como contradicciones de trabajo y de producción</u>. Por este motivo, es que al nivel ideológico tales contradicciones puedan ser vividas e interiorizadas como resultantes de un origen múltiple y disperso como lo entiende Foucault.

La apropiación de los enfoques de Marx y Foucault

sobre la alienación, será retomada con detalle en el capítulo III de este trabajo, pero mientras tanto corresponde señalar que las propias formulaciones de Foucault sobre poderes y estrategias, o sea, sus propios planteos sobre la capacidad y posibilidad de resistencia estratégica de los sujetos a las microestructuras de poder, significa una esperanza para la superación de las contradicciones que son vividas de forma más inmediata por los individuos, en el ámbito mismo de la construcción de su cotidiano. (Foucault, 1979). Por otro lado, la superación de la alienación, en el marco de las formulaciones foucaultianas, puede ser interpretada como el momento mismo de la recuperación de la identidad por parte de los individuos. En otros términos, a partir del instante en que la identificación del proyecto individual excluye su identificación con el opresor, con el polo dominante de la relación. (Simões, 1985).

En este sentido es que juzgamos primeramente, que al hablar de concepción materialista de la historia y de dialéctica, no se excluyen necesariamente las brillantes tesis de Michel Foucault sobre las "mallas del poder" y la alienación, sí se matiza <u>lógicamente</u> el contenido de sus diálogos dado el carácter de respuestas a interlocutores y adversarios que el mismo Foucault se encarga de identificar. Segundo, juzgamos que el hecho mismo de que se tenga en cuenta la dialéctica de la lucha de clases facilita, en lugar de dificultar, la comprensión del papel que pueden jugar las múltiples instancias de poder y autoridad en el marco de la vida de la sociedad civil. Facilita, porque amplía la dimensión y el sentido mismo de esta lucha como algo que el

propio Foucault plantea: está presente aquí y ahora, en la relación con el Estado, con las estructuras de poder de la familia, del vecindario, las instituciones de manera general: la escuela, fábrica, asociación profesional, etc.

Por último, el solo considerar que no hay sujeto, sino sujetos históricos, no sirve, según entendemos, para descalificar al proletariado y al sub-proletariado como instancias capaces de articular estrategias de resistencia a la estructura de poder dominante. Aunque reconozcamos que la situación en Europa Occidental indique la existencia de un proletariado "parasitário", la situación en América Latina, por ejemplo, sugiere que son estas instancias las que se han opuesto más organizada, declarada y articuladamente en contra no solo del Estado burgués, sino en contra también de sus demás sustentaciones ideológicas: Iglesia, familia, escuela, etc. Centrales sindicales, movimientos sociales de masa, manifestaciones organizadas a través de partidos, asociaciones de trabajadores, etc., han sido los motores de la lucha en contra de los regímenes autoritários de América Latina durante décadas, para referirnos solo a este siglo.

Sin negar la importancia, en América Latina, de la resistencia articulada de las minorías (negros, estudiantes, mujeres, homosexuales, indios), que se abrigan en el interior de los sectores oprimidos más amplios formando parte de la oposición contra el esquema burgués de dominación, el hecho concreto es que la historia ha demostrado que la hegemonía pertenece al movimiento obrero como foco principal de esta resistencia.

Lo que queremos decir, para concluír, es que las críticas de Michel Foucault sobre la totalidad, la contradicción e inclusive sobre el sujeto histórico, deben ser analizadas no sólo en función de sus diálogos e identificación de sus interlocutores, sino también en función del contexto histórico que él está discutiendo. Según entendemos, esta sería tal vez, una de las fórmulas capaces de evitar que tales críticas sean interpretadas en relación a la teoría marxista como un todo, o que las críticas al proletariado occidental europeo sean extendidas (sin microcrítica) al proletariado de los países subdesarrollados.

En el próximo capítulo, desarrollamos nuestro marco teórico conceptual, analizando críticamente la contribución positivista para la comprensión del desorden mental. Al mismo tiempo que discutimos algunas respuestas alternativas contemporáneas al problema.

NOTAS

(1) Clasificación de los trastornos psíquicos:

"290-294: Psicosis asociadas con síndromes orgánicos cerebrales. Criterio etiológico.

295-299: Psicosis no atribuídas a condiciones físicas previamente enunciadas.

300 : Neurosis. El criterio es sintomático.

301-304: Trastornos de la personalidad y ciertos otros trastornos mentales no psicóticos. Incluye trastornos de la personalidad, desviaciones sexuales, alcoholismo y dependencia a drogas. La clasificación de las personalidades se hace según criterios subjetivos. La de las perversiones por el tipo de conducta. La del alcoholismo por la cantidad y la frecuencia. La de la dependencia a drogas por el nombre de la droga.

305 : Trastornos psicofisiológicos (de origen presumiblemente psicogénico). Se subclasifican según el órgano afectado.

306 : Síntomas especiales no clasificados en otra parte. Con categorías tan heterogéneas y proteiformes como, por ejemplo, trastornos del aprendizaje, trastornos del sueño, cefalalgia.

307 : Perturbaciones situacionales transitorias. Acá el criterio es la edad. Vale la pena detenerse un instante. Se incluyen las "reacciones de ajus

te de (...)", la infancia, la niñez, la adolescencia, la vida adulta y la vida tardía. Es claro que todas ellas son edades de la vida. El sujeto no tiene que "ajustarse" a ellas. Simplemente las vive. A lo que tiene que "ajustarse" es a las exigencias que para cada una de esas edades formula la estructura social atendiendo a su sexo y posición de clase. Esta exigencia social queda disimulada con la expresión "reacción de ajuste de ..." creando la impresión puesto que en el sujeto se diagnostica, de que se trata de un problema individual.

308 : Trastornos del comportamiento de la infancia y de la adolescencia. El criterio de inclusión es nuevamente la edad. Incluye problemas tan heteróclitos como "reacción hiperkinética de la infancia" y "reacción delictiva de grupo de la infancia".

309 : Síndromes orgánicos cerebrales no psicóticos (asociados con enfermedades somáticas). Se subclasifican atendiendo a la enfermedad corporal de la que son síntomas.

310-315: Retardo mental (oligofrenia): 310: liminar; 311: discreta; 312: moderada; 313: severa; 314: grave y 315: de grado no especificado. El criterio acá es la intensidad del cuadro medido a través del cociente intelectual.

316 : Desajustes sociales sin trastorno psiquiátrico ma

nifiesto. Aquí el criterio subclasificador depende del lugar donde el sujeto se encuentra "desajustado": el matrimonio, el trabajo, la sociedad, la ley y "otros".

317 : Condiciones no específicas. Según el glosario, vale por un etcétera.

318 : Sin trastorno mental. Ya lo vimos. Plantea explícitamente la inadecuación del título de la clasificación a lo que ella clasifica.

319 : Términos no diagnósticos para uso administrativo."

in: BRAUSTEIN, Nestor A. Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan), México, Siglo XXI, 1985, 4º Ed., pp. 25/26.

BIBLIOGRAFIA CITADA

BASAGLIA, Franco. "La asistencia psiquiátrica como problema anti-institucional" in: GARCIA, Ramón, (Org.), Psiquiatría o Ideología de la Locura, Barcelona, Anagrama , 1972, pp. 47/61.

BASTOS, N. C. de Brito. "A saúde através dos tempos", in : R. J., Revista da Fundacao SESP, Nº 01, 1979.

BRAUSTEIN, Nestor. Psiquiatría, teoría del sujeto, Psicoanálisis (hacia Lacan), México, Siglo XXI, 1985, 4º Ed.

CASTILLO, Eduardo. Salud y cambio social. Por un sistema integral de salud, Zero, Madrid, 1984.

CHAUI, Marilena. O que é ideología, S. P., Brasiliense, 1981, 4º Ed.

FERRARA, F. A. et alli. Medicina de la Comunidad, Buenos Aires, Intermédica, 1976.

FOUCAULT, Michel. Microfísica del poder, Madrid, la Piqueta, 1979.

FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber, México, Siglo XXI, 1983.

FOUCAULT, Michel. La verdad y las formas jurídicas, México, Gedisa, 1983.

FOUCAULT, Michel. La historia de la locura en la época clásica, México, Fondo de Cultura Económica, 1981.

GARRAFA, Volnei. Contra o monopólio da saúde, R. J., Achiamé, 1983.

GUILLON de ALBUQUERQUE, J. A. Metáforas da Desordem, R. J., Paz e Terra, 1978.

LAURELL, A. C. "A saúde/doença como processo social", in : México, Revista Latino-Americana de Salud, Nº 02, 1982, pp. 07/25.

LAURELL, A. C. e MARQUEZ, M. El desgaste obrero en México. Proceso de Producción y salud, México, Era, 1983.

MARX, Karl. Los manuscritos económico-filosóficos de 1844, México, Grijalbo, 1982.

MARX, Karl. El Capital, Tomo I, Vol. I, México, Siglo XXI , 1979, 8º Ed.

MARX, Karl. "Sobre la cuestión judía", in: La sagrada familia, México, Grijalbo, 1983, 13º Ed.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, N. Y., 1º junio/22 julio de 1946.

REZENDE, Ana Lúcia M. Saúde: dialéctica do pensar e do fazer, S. P., Cortez, 1986.

RAJCHENBERG, E. e TEIXEIRA, J. "Panorama de la situación actual de los riesgos de trabajo y de la salud ocupacional en México", México, mimeo, 1988.

SIMÕES, Luzinete. "Apuntes sobre la construcción del sujeto y de la subjetividad en la teoría sociológica contemporánea: los espacios sociales de conformación de la identidad en Foucault, Habermas, Agnes Heller", mimeo, 1985.

SINGER, Paul et alli. Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde. R. J., Forense Universitária, 1981.

SOUZA, M. C. G. "Doença dos nervos: uma estratégia de sobrevivencia", in: A saúde no Brasil, 1(3), Julho/setembro, 1983, pp. 131/139.

TONEY, S. et alli. "Hacia una definição operativa del proceso salud-enfermedad", in: Educación Médica y Salud, Vol. 18, Nº 02, 1984.

CAPITULO II

LA CONTRIBUCION DE LA SOCIOLOGIA OCCIDENTAL PARA LA COMPRENSION DEL DESORDEN MENTAL : ALGUNAS CRITICAS.

1. Introducción

La presencia constante, en todas las sociedades de todas las épocas, de conductas, actos y palabras que escapan a control y previsión, ha llevado el conocimiento a la formulación de las más variadas respuestas al problema. En el caso específico de las Ciencias Sociales, se observa desde su nacimiento una inquietud que viene materializandose en diferentes argumentos, en distintos caminos, en soluciones tentativas, sin que hasta el momento haya sido encontrada una fórmula definitiva que sea capaz de descifrar el enigma del desorden mental.

De forma general, las discusiones avanzan alrededor de dos ejes básicos de reflexión : o el desorden mental tiene un origen fundamentalmente biológico, o se inscribe dentro de un marco de una compleja red de relaciones sociales, económicas y políticas.

Una tendencia actual bastante definida, se perfila

en el sentido de considerar los dos polos del problema (el biológico y el social). Y sin querer radicalizarse, llama la atención para mostrar la intervención de los factores estructurales de la reproducción de los trastornos psíquicos, sin negar la importancia de los factores orgánicos. Así, esta tendencia muestra que el desorden mental no está solamente relacionado a disturbios orgánicos; el problema tendría también relaciones con las condiciones particulares de vida, encontrándose historicamente condicionado y dependiente de estructuras y coyunturas. O sea, dependiendo de la participación política, de la participación en la estructura productiva y de los mecanismos de poder.

Para que la Ciencia Social pudiera llegar a tales formulaciones, tuvo que recorrerse un largo camino. Largo y difícil, comenzando con el nacimiento mismo de la Sociología, en el seno de las reflexiones comteanas.

Por estas razones, comenzamos con la construcción del marco teórico conceptual que da soporte a este trabajo, por una crítica a las primeras abordajes que la sociología formuló particularmente sobre el tema. Inicialmente destacamos la interpretación durkheimiana de la dicotomía (sugerida por Comte) normal/patológico. Sin duda, esta dicotomía influencia toda una tendencia de pensamiento que trata sobre los trastornos psíquicos, no influenciando solamente los desdoblamientos más inmediatos del positivismo durkheimiano, sino también la producción positivista contemporánea. Particularmente presente en el concepto de <u>anomia</u> de Merton y de <u>desequilibrio</u> en Parsons.

La crítica a esta dicotomía se inscribe en el marco de una preocupación más amplia con la viabilidad de

los criterios de racionalidad durkheimianos, tal como pueden ser percibidos en el desarrollo de su formulación básica sobre el método de las Ciencias Sociales. En este sentido, critica la omnipotencia que el concepto sobre patrón social termina por ejercer dentro del proyecto positivista del conocimiento, identificando mudanza social y desequilibrio.

En seguida, analizamos brevemente la contribución mertoniana y los aportes de Parsons para la comprensión del problema; observando criticamente los conceptos de anomia, funciones latentes y sistema.

Paso siguiente, relacionamos algunas de las respuestas alternativas a la tendencia positivista, destacando en primer lugar el producto de las importantes reflexiones de los perspectivistas contemporáneos. Como ilustración, tomamos las formulaciones de Thomaz Szasz y Erving Goffmann, cuyos análisis de los componentes ideológicos que permean el proceso de rotulación psiquiátrico y la inquietud de las propias formas de auto-representación de los desviados, respectivamente, significan un avance considerable en relación a los dualismos positivistas sobre el desorden.

Por último, consideramos una nueva respuesta al problema, esta vez de acuerdo a critérios de Franco Basaglia y Giles Deleuze. La contribución de Basaglia será retomada más adelante en el cuarto capítulo de este trabajo. Por ahora, interesa llamar la atención sobre la importancia que adquieren consideraciones estructurales como clase, trabajo y poder en la concepción de Basaglia y Deleuze (tratándose de locura), buscando delimitar una concepción socio-política del problema de forma más claramente posible.

2. Análisis crítico de la contribución de la Sociología occidental: Positivismo, estructural-funcionalismo, perspectivismo y percepción socio-política.

La reflexión sociológica sobre el desorden comienza con Augusto Comte. Según Ganguilhem, los principales puntos del interés comteano "se orientan de lo patológico hacia lo normal con el fin de determinar especulativamente las leyes de lo normal. ..." y "... la identidad de lo normal y de lo patológico es afirmada para beneficio del conocimiento del normal." Las idéas de Comte se difunden en los espacios de la medicina académica a través de la importancia que Comte atribuye a la tesis de Broussais con respecto a que las enfermedades no serían sino el resultado de " cambios de intensidad en la acción de los estimulantes indispensables para el mantenimiento de la salud." (Ganguilhem , 1984 : 21, 26).

Luego, la perspectiva comteana sustenta que hay una "coincidencia" entre lo normal y lo patológico en términos de esencia y una diferencia que se plantea apenas al nivel de intensidad. A partir de ahí, Comte establece la analogía con la sociedad entendiendo los cambios como simples variaciones del estado normal. En esta formulación , está implícita la idea de un consenso funcional inherente tanto al organismo como a la sociedad.

Las fallas del argumento comteano, radicarían en las relaciones y asociaciones hechas de forma incompleta entre fisiología, patología y sociedad, y la falta de

comprobación empírica.

Más tarde, Durkheim intenta redefinir el contenido moralista de la propuesta comteana, a través de una discusión pretendidamente científica sobre la distinción entre lo normal y lo patológico, pero que termina siendo, en sus consecuencias, normativa.

De inicio queremos llamar la atención sobre el hecho de que esta dicotomía se inscribe dentro de un marco conceptual más amplio, y por lo tanto, dentro de los critérios de racionalidad durkheimianos, basados en el método empírico-inductivo, cristalizados en las reglas del método sociológico. Preocupado por la objetividad en la ciencia , Durkheim propone un tipo de racionalidad que busca alejarse de las transformaciones históricas. Metodológicamente , esta elección significó el alejamiento de las pre-nociones.

En lo específico, tal alejamiento implicó el cuestionamiento de las formas, y es por medio de estas que el sentido común interpreta lo anormal. Por otro lado este cuestionamiento lleva a Durkheim a reivindicar la utilidad de lo "anormal" , sugiriendo, por ejemplo, que algunas disfunciones del organismo pueden terminar por ser útiles a la salud. Así, en el Prefacio a la primera edición de <u>Las reglas del método sociológico</u>, él plantea:

> "nuestro principal objetivo es extender a la conducta humana el racionalismo científico, destacando que, considerada en el pasado , puede reducírsela a relaciones de causa y efecto, y que mediante una operación no menos racional es posible luego transformar estas últimas en reglas de acción para el futuro".

Señalando sus diferencias con la "metafísica positiva de Comte y Spencer", Durkheim termina por afirmar:

> "lo que se ha denominado nuestro positivismo no es más que una consecuencia de este racionalismo". (DURKHEIM , 1981:9).

Relaciones de causa y efecto, critérios sistemáticos de investigación, el camino de lo particular a lo general, constituyen los ejes en la formulación racionalista durkheimiana , verificables sobre todo en El suicidio. Sin embargo, tales ejes pueden ser sometidos a crítica porque en diversos momentos no queda claro cuál es la distinción entre causa y efecto; la relación que va de lo particular a lo general se revierte de lo general a lo particular y la experiencia no da cuenta de la magnitud del fenómeno. En este sentido, la investigación se inclina preferentemente para apoyar la tesis ya explícita en Las reglas..., o sea el empleo de lo "anormal". O mejor dicho, de lo que el sentido común entiende por "anormal".

Al elegir como regla principal de la metodología en Ciencias Sociales, "...tratar los hechos sociales como a cosas", Durkheim sufre evidentemente una serie de críticas a las cuales intenta contestar en el ya famoso Prefacio a la segunda edición de Las reglas... afirmando que " ... la cosa se opone a la idea como lo que se conoce desde fuera a lo que se conoce desde dentro...". Más adelante especifica:

> "... llamamos cosas a todo objeto de conocimiento que no es compenetrable naturalmente para la inteligencia, todo aquello de lo cual no podemos forjarnos una idea adecuada mediante un simple procedimiento de análisis mental, todo lo que el espíritu puede llegar únicamente

> a comprender sólo con la condición de salir de sí mismo, mediante observaciones y experimentaciones, pasando progresivamente de los caracteres más externos y más inmediatamente accesibles a los menos visibles y más profundos ...", (DURKHEIM , 1981:13).

Parecería que sería indispensable no "conocer" absolutamente nada sobre un determinado hecho social, para poder comenzar una investigación.

En lo que respecta a la diferenciación entre lo normal y lo patológico, desarrollada en el capítulo cuarto de la misma obra, de inicio se plantea una contradicción. Después de haber sostenido la tesis en contra de los apriorismos, Durkheim termina por definir como normales a "... los hechos que exhiben las formas más generales," y como patológicos los que se situan al margen de este general. (DURKHEIM, 1981:75). ¿Si vale como critério de diferenciación la generalidad , entonces, en que residiría esta diferenciación de aquella que es elaborada por el sentido común?

Por otro lado, en que medida lo normal y lo patológico pueden encontrar lugar en esta definición de cosa?. Y en el caso de la enfermedad mental, por ejemplo, que tipo de observación o de experimentación puede asegurar el pasaje de lo más superficial a lo más profundo?. Podemos entender a Durkheim en la necesidad de replantear los términos de la racionalidad científico-sociológica para poder mantenerse alejado de la tendencia filosófica-histórica de su tiempo: la metafísica y la especulación, herencia de Comte y Spencer que él a cada momento trata de criticar y repensar. Es comprensible que Durkheim rechace decididamente (a nivel de propuesta teórico-metodológica) predefiniciones de institu-

ciones como el Estado, familia, pena, derecho, etc; y que por el contrario procure un mayor conocimiento de las leyes que rigen su dinámica. Pero al afirmar esto no coincide necesariamente con la praxis durkheimiana.

Tratándose del análisis de la dicotomía (normal - patológico) con la preocupación centrada en el desorden mental, hay que puntualizar otra fragilidad que se encuentra incluída en las proposiciones de Durkheim . Cuando él asocia las reglas del método sociológico (generalidad , coercitividad, exterioridad, observando el carácter de cosas en los hechos) al concepto de conciencia colectiva , termina por negar (como lo había hecho anteriormente en la definición de hechos sociales) las manifestaciones individuales . Considerando a la sociedad como síntesis de las conciencias individuales, él llega a la conclusión de que los " hechos específicos residen en la sociedad misma que los produce, y no en sus partes; es decir, en sus miembros." (DURKHEIM , 1981:17). Limitando la existencia del individuo, como objeto de conocimiento, al marco de la psicología,sin duda, Durkheim sustrae a la sociología de una serie de planteos que son claramente manifestados por los individuos,independientemente de que estos pertenezcan a una determinada institución, sexo , estrato social, raza, etc. En el caso específico del desorden mental, por ejemplo, es evidente que éste se ha transformado, en un problema colectivo, pero la investigación de su significado tiene necesariamente que superar una proposición de esta naturaleza, y recuperar lo individual, en donde se materializa cada experiencia en particular.

La distinción entre lo normal y lo patológico, hecha de esta forma (o sea, abstraída la existencia individual)

cristaliza una propuesta que toma la generalidad como critério de normalidad, y lo singular como anormal, aunque esta singularidad pueda ser útil a la colectividad. Sobre esto, Durkheim afirma: "para que la sociología sea realmente una ciencia de las cosas, es necesario que se adopte la generalidad de los fenómenos como critério de su normalidad." (DURKHEIM, 1981:92). Esta afirmación adquiere en todos sus trabajos posteriores un carácter intransigente que más adelante será reproducido en las tesis de Merton sobre la anomia y en las tesis de Parsons sobre las relaciones entre socialización y sistema social (cristalizada en los conceptos de acción social y norma). La difusión del positivismo durkheimiano, por lo tanto, continua transformando una cuestión ontológica en normativa. En este sentido, el marco positivista no ofrece la respuesta a las diferencias entre el estado sano y el enfermo, eligiendo el camino de los fenómenos regulares para evitar un enfrentamiento quizás de carácter más problemático con la cuestión.

El paradigma construído por Durkheim, relacionando sociedad y conciencia colectiva termina no dando cuenta de la intensidad del fenómeno del desorden mental, y mucho menos de su especificidad. La experiencia comprueba que a pesar de ser posible relacionar variables comunes en una determinada población de enfermos mentales, cada caso individual viene a ser el único. Cada historia personal es apenas y sobre todo <u>una</u> historia personal, irreductible en muchos de sus aspectos a los elementos de otras historias. Lo que exige por ejemplo, que se plantee la cuestión del poder de una forma muy distinta a como lo ha hecho Durkheim. De esta forma, dicha problemática pierde consistencia para ser

diluída en una categoría vaga e imprecisa: la de la coerción social. De acuerdo con Durkheim, la coerción es un signo exterior que sirve para caracterizar los hechos sociales.Esto parece ser aceptable apenas en alguna medida, porque la imposición no tiene un origen definido. Lo único que queda más o menos claro es que esta coerción deriva de las instituciones, de las prácticas sociales, de la síntesis que es realizada fuera de los individuos y que terminan actuando en el sentido de presionarlos.

Alejado de su significado político , ubicado unicamente en el plano normativo (considerando que lo normativo no es despolitizado en sí mismo, sino en los términos como Durkheim lo plantea), el concepto de coerción adquiere un sentido tan impreciso como los de generalidad y exterioridad, que vienen a ser poco útiles para la práctica científica cuando se trata de investigar un segmento socialmente excluído, a raíz de una multitud de razones de características tan diferentes como es el caso que estamos desarrollando.

La omnipotencia que los hábitos,patrones, tendencias, asumen en la perspectiva de los positivistas, apenas oculta el papel que juegan las determinaciones históricas y psicológicas en lo referente a una posible distinción normal-patológico. Sustraídos los individuos y la historia, queda un paradigma que intenta microsociologizar la realidad , reduciendo las estrategias de investigación al ámbito estadístico.

Si el camino buscado es en término de método , la respuesta durkheimiana celebrará esta omnipotencia. Cuando Durkheim indica el método para viabilizar la distinción entre normal y patológico, sugiere lo siguiente:

> "después de haber establecido mediante la observación el hecho en general, se remontará a las condiciones que han determinado esta generalidad en el pasado, y luego procurará determinar si estas condiciones aún aparecen dadas en el presente, o si por el contrario han cambiado. En el primer caso, tendrá derecho a considerar que el fenómeno es normal, y en el segundo a negarle ese carácter". (DURKHEIM, 1981:81).

De esta manera, en ningún momento queda clara la relación entre la continuidad de un hecho en el presente y las características de los hechos sociales, y además, propone considerar los cambios como trastornos, como desequilibrio, o sea, como no deseables. Desde este punto de vista la contribución del positivismo para una discusión sobre los trastornos mentales, se debilita todavía más, tanto sea para Durkheim como para el desdoblamiento de los seguidores positivistas, donde apenas existe un Dios personificado en la norma, la rutina, el hábito. Las discontinuidades -condición básica de la dinámica de las relaciones sociales- son consideradas negativamente, y como bien sabemos esto ha servido históricamente a la ciencia burguesa para instrumentar la respuesta del encierro, en el caso de las "conductas desviadas."

A la contribución durkheimiana vinieron a sumarse los aportes del positivismo posterior, representados aquí por dos de sus principales teóricos contemporáneos: Merton y Parsons. Comenzando por Merton, vemos que sus tesis centrales al respecto de lo que él llama "anomia", no pueden ser entendidas fuera de un marco más general representado por su crítica a la relación entre teoría, método y datos dentro

del positivismo. Esta preocupación -que ha constituído la mayor parte de la producción mertoniana- originó la elaboración de lo que él llama el "paradigma de la sociología", o sea, una alternativa de investigación que intenta llenar el vacío existente entre la teoría y la práctica positivista.

A nivel de este paradigma, destaca el concepto de funciones latentes o disfunciones, a través del cual él piensa que es posible dar cuenta de la investigación de las conductas que se mantienen fuera de los patrones sociales. Por otro lado, mediante el concepto de anomia, Merton intenta abarcar la tendencia predominantemente "desreglada" de la sociedad contemporánea, introduciendo la problemática de la conducta alternativa en el marco de un discurso estético - moralista.

Tratando de superar las propuestas iniciales del positivismo en lo que se refiere al significado de la conducta desviada, Merton busca entender " como algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan conductas no conformistas, en lugar de conformista." (MERTON, 1970:14). A partir de esta preocupación él atribuye la " conducta desviada" a patrones , metas culturales y normas institucionales. A los primeros los entiende como "objetivos culturalmente definidos, de propósitos e intereses, mantenidos como objetivos legítimos para todos." Las normas institucionales, a su vez, son interpretadas como medios institucionales que "definen, regulan y controlan los modos aceptables para alcanzar estos objetivos".(MERTON, 1970:204).[1]

En la práctica, Merton propone que se investiguen

las relaciones entre las tensiones sociales y el éxito en la cultura americana, para evidenciar el papel que puedan venir a jugar, el sentimiento de derrota en la producción de inadaptaciones culturales. Esta derrota, según él lo entiende, tiene dos sentidos: por un lado "es la derrota manifiesta de permanecer para atrás en la carrera por el éxito", y por otro lado "es la derrota implícita por no tener la capacidad y la energía moral necesaria para así obtener éxito". (MERTON , 1970:243). Esto implica una deuda pública, un tributo psíquico cuyo precio puede pasar por la delincuencia, por el alcoholismo, por la neurosis, por lo que Merton llamó genéricamente "comportamiento anómico".

No cabe duda de que los nexos que Merton intenta establecer entre la conducta desviante y el modelo sociocultural norteamericano (cuyo eje es la capacidad para enriquecer) tienen importancia. En el fondo lo que él trató de mostrar es justamente la importancia del papel de la cultura a nivel psíquico, como promotora de daños debido al requerimiento de dichas exigencias culturales.

A su vez, Parsons coloca su preocupación en el caso del desorden social, en el marco de una concepción de sociedad considerando ésta como un supersistema que controla a todos; conformando un todo donde cualquier cambio en uno de sus elementos implica un cambio en el conjunto. La noción de equilibrio así, apoya la perspectiva determinista de Parsons, siempre atento a las indicaciones originarias del positivismo: la regularidad, la generalidad, la posibilidad de formulación de leyes, la previsibilidad, y sobre todo una actitud que remite cualquier discusión sobre conflictos y tensiones sociales a los conceptos de <u>socialización y papel</u>. La

problemática individuo-sociedad se traduce en la dicotomía papel-sistema, en síntesis, el individuo disfuncional es aquel que no habiendo desempeñado bien su papel, debe ser encaminado institucionalmente en el sentido de atender las expectativas en juego dentro de esta dinámica de papeles. (PARSONS, 1968).[2]

El "desequilibrio" entonces, sería fruto de una socialización mal encaminada, lo que traducido en el lenguaje mertoniano, significaría la existencia de una sociedad "anómica". De alguna manera podemos adelantar que los puntos de encuentro entre Parsons y Merton pasan por dos caminos. Uno de ellos está representado por la preocupación con el desvío (institucional). El otro camino pasa por la normativización dando prioridad a los aspectos culturales y enfatizando las opciones individuales por la norma o la transgresión . Si en Merton la comprobación de lo anterior es el estudio sobre el mito de la riqueza en la sociedad norteamericana, en el caso de Parsons reside en la importancia que asume para él el concepto de sistema cultural, trasfondo de su teoría de la acción. (PARSONS, 1969).

Envolviendo a los demás sistemas (el de personalidad y el social), el sistema cultural comprende valores y normas que dirigen las conductas individuales, como si tuvieran (estas últimas) una existencia independiente y exterior a los individuos. De este modo, el concepto de sistema cultural asume un contenido muy semejante al que Durkheim llamó Conciencia colectiva. (PARSONS, 1969).

Después de esta breve crítica al positivismo normativo, podemos concluír preliminarmente sobre la validez de la temática en cuestión. Debido a su carácter

determinista, apolítico, ahistórico y moral, son de utilidad discutibles los aportes dados a esta problemática. De alguna forma se vuelve más claro para nosotros porque una interpretación de la dicotomía sano - enfermo no atravesaría estos ejes teóricos. Simplemente, porque este eje implica una contradicción que aleja la teoría de la praxis de modo irreconciliable. Según Comte, Durkheim, Merton y Parsons , observando las diferencias entre ellos (que no son despreciables), los hábitos son omnipotentes y el individuo no existe sino como agente cuya conducta esta predeterminada por fuerzas que actúan independientemente de su interferencia y voluntad. Por otro lado, "lo anormal", "el desvío", " la patología", son explicados insistentemente en términos de soluciones individuales, particulares, específicas, sin dejar claro por que determinados individuos actúan al márgen de una posible prefabricación de su conducta.

Curiosamente, los individuos son entendidos como tales apenas en lo referente a la conducta desviada, o sea, no funcional. Como si apenas dentro de este espacio fuera posible su autodeterminación y su libertad. Por otro lado , la reproducción material de vida no es tomada en cuenta como variable que pueda intervenir en este tipo de trastornos. De igual modo, resultan demasiado frágiles las consideraciones sobre las formas de control e imposición, sobre los poderes y las resistencias.

Según entendemos, la locura es una consecuencia. Por lo tanto es una respuesta a un contexto general reflejado en historias individuales. El positivismo no responde (o lo hace precariamente) a las mediaciones entre este contexto general y las historias particulares. No tiene la respuesta

que explique por qué el "anormal" interesa solamente en la medida que pueda y deba ser reintegrado a los parámetros de la normalidad. De una normalidad perdida en un colectivo cosificado, cristalizado en formas y pautas de conducta moralmente aceptables.

El vacío provocado por ausencia de respuestas apunta en la dirección de conceptos como enajenación, extrañamiento, micropoderes, resistencias, contradiscursos y contrapoderes, en donde se encuentra explicado tal vez el orígen disperso y múltiple de una respuesta humana bastante conflictiva, que el conocimiento objetivo nombró desorden mental.

Sin embargo, antes de plantear estos conceptos, es necesario que se coloquen aquí algunos lineamientos centrales desarrollados por la sociología norteamericana contemporánea respecto de esta cuestión. De alguna manera, estos lineamientos han reivindicado por el conocimiento sociológico de las propias formas de interpretación y autodeterminación de aquellos llamados "desviantes", llamando la atención hacia lo simbólico de su lenguaje, estableciendo una relación entre el esquema de papeles sociales y el concepto de <u>representación</u>.

Así, si de un ángulo puede ser analizada y destacada la contribución positivista dada a la temática, por otro, en la sociología contemporánea (actual), se puede señalar la presencia de aportes importantes difíciles de clasificar. Esta dificultad fundamentalmente, por no pertenecer a la corriente positivista ni tampoco marxista. Según Peter Berger (ver: <u>"La construcción social de la realidad"</u>, y otros) se trata de una mirada nueva, que no se conforma como teoría,

ni tiene esta intención. Más bien toma la forma de una perspectiva, o sea, de una cierta manera de enfrentarse al objeto; con una mayor preocupación sobre la vida humana y menor con la técnica a pesar de ser esta utilizada.

De acuerdo con esta actitud Goffmann, por ejemplo, declara como su objetivo inmediato "intentar conocer el mundo social del internado en hospital, en la medida en que este mundo es subjetivamente vivido por él". (GOFFMANN, 1974:8).

Para esto él trabaja básicamente con las reglas de juego implícitas en las relaciones entre los pacientes, enfermeros y médicos, a partir del estudio de la representación de papeles. Esto, reviértese en elementos que le permiten observar la progresiva comprensión del paciente sobre su propia situación. El concepto básico, que apoya sus lineamientos centrales, es el concepto de institución total, utilizado tanto para el análisis del hospital, como para el análisis de la cárcel y de los conventos. Este le sirve para designar las instituciones cerradas que aislan al individuo, condenado a vivir dentro de una única red de papeles que pasa a valer como todo su universo social.

Permaneciendo fiel a las mismas preocupaciones Goffmann retrata en un trabajo posterior la condición de lo que él llama individuo "estigmatizado": aquél que "está inhabilitado para la aceptación social plena", a quien se le atribuyen desgracias y calificaciones de carácter despreciativo. (GOFFMANN, 1980:7). Destacando tres tipos de estigma (el que se basa en deformaciones físicas, el que se basa en "culpas" de carácter individual ocasionadas a partir

de trastornos mentales, crímenes, vicios, alcoholismo, homosexualismo, desempleo, intentos de suicidio, comportamiento político radical y, por último, estigmas de raza, nación y religión) Goffmann investiga en las relaciones entre los estigmatizados y los no-estigmatizados, la existencia de líneas de refuerzo en la producción del deterioro de la identidad real de los primeros, señalando por ejemplo, la forma como el estigmatizado internaliza su condición, como la transforma en un dato objetivo, como aprende a manipular esta identidad, mientras ésta sigue siendo al mismo tiempo virtualmente manipulada por otros. En otro ejemplo, Goffmann llama la atención sobre la forma peculiar de las personas de clase baja de percibir y vivir su estigma; ellos mismos terminarían por considerarse ciudadanos de segunda clase.

A la vez, el aspecto de la estigmatización es retomado por otros teóricos, de los cuales nos interesa resaltar a Thomaz Szasz. Relacionando enfermedad mental e ideología, Szasz observa a la empresa psiquiátrica como a un emprendimiento supraestructural capaz de apoyar al sistema mediante el tratamiento médico. Para él, la clasificación de algunas personas bajo el rótulo de enfermo mental sirve, sobre todo, a propósitos morales y sociales. En este caso, la institución hospitalaria refleja la ideología dominante, justificando mecanismos de represión y reforzando la autoridad. (SZASZ, 1978).

Además de los aportes de los " perspectivistas " norteamericanos, algunos otros desdoblamientos importantes han sido desarrollados sobre la temática. Como ejemplo, podemos mencionar los trabajos de Franco Basaglia (en Italia),

Felix Guattari y Michel Foucault (en Francia), para citar apenas algunos de los más representativos. El trabajo de Foucault será objeto de tratamiento específico en el próximo capítulo.

Vale resaltar el avance considerable a los trabajos de Goffmann, Szasz, Cooper y Laing por parte de autores como Basaglia, Deleuze, Guattari, y sobre todo Foucault. Estos últimos entre otras cosas han intentado un análisis histórico social de la enfermedad, que marca nítidamente las diferencias con la matriz positivista y perspectivista. Aquí, la óptica se amplia y ya no se trata de discutir abstractamente sobre las leyes de la normalidad o anormalidad. Tampoco se trata de especular sobre la enfermedad. Y menos de elaborar estudios sobre la institución hospitalaria y las complejas relaciones que ésta pueda metafóricamente representar. Por otro lado, lo que dirige específicamente nuestra atención hacia Basaglia, Deleuze y Guattari es que varios de los aspectos que nos interesan, son tratados por ellos de forma sistemática: la producción, los mecanismos de poder, la ideología. Por esto volveremos a ellos, en los capítulos siguientes, principalmente a Basaglia y Guattari.

Deleuze y Guattari por ejemplo, analizan la esquizofrenia considerándola el resultado de una división mayor en el ámbito de un modo de producción ambivalente . Esto, debido a que se apoya en dos elementos excluyentes: un elemento "coagulado" y encerrado en sí mismo - el capital - y un elemento libre: el trabajo. Defendiendo el punto de vista de que el esquizofrénico vive la naturaleza como un proceso de producción, distribución y consumo, Deleuze y

Guattari superan la dicotomía hombre-naturaleza, comprendiendo ambos como "una sola y misma realidad del productor y del producto". (DELEUZE y GUATTARI, 1976: 29/30). Al considerar a la producción como delirio, Deleuze y Guattari identifican al capital como al "cuerpo sin órganos", eternamente deseado por el capitalista, y a la vez al contenido delirante de la producción como el elemento subjetivo que separa el individuo de sí mismo, del otro, de su propio trabajo.

Completando sus tesis a través de la crítica a la psiquiatría y al psicoanálisis, Deleuze y Guattari afirman que éstos en "lugar de participar de una empresa de liberación afectiva .... toman parte en la obra de represión burguesa más general, que implica el mantener la humanidad europea bajo el dominio de papá y mamá". Así, según Deleuze y Guattari, si la psiquiatría reduce al individuo a un trapo, y el psicoanálisis reduce al neurótico "a una pobre criatura que consume eternamente papá-mamá y nada más", ambas contribuyen a reforzar el delirio de la producción, porque insisten en girar alrededor de un círculo que excluye las representaciones de la vida, principalmente aquellas implicadas en la esfera del trabajo. (DELEUZE y GUATTARI, 1976: 69/70).

Franco Basaglia a su vez, a través de un esfuerzo práctico y de experiencias hoy conocidas y reconocidas mundialmente, se enfrenta a su manera con la problemática de la salud mental. Sus experiencias en contra del manicomio en Italia, dan la clave para relacionar la cuestión de la salud con los procesos sociales, por considerar que estos también la determinan. Desde esta perspectiva, Basaglia coloca que "el problema del loco está en el interior del problema de la

organización del trabajo", siendo necesario que se tenga en cuenta por ejemplo, "la subjetividad en la lucha diaria, a nivel de la reproducción del capital" como un proceso tan enajenante como la vida dentro de un manicomio. (BASAGLIA, 1979: 25/26).

Considerando a los enfermos pobres como a la "clase obrera que no produce", Basaglia marca el contenido irreversiblemente histórico-social, de la enfermedad, relacionándola con la lucha de clases, tal como esta se materializa en las relaciones de producción y trabajo. De esta forma, Basaglia cuestiona la práctica médica convencional, su empiricismo, su dificultad en asociar la teoría y la praxis, para reivindicar la construcción de un puente teórico y práctico entre la historia de la sociedad y la historia de la enfermedad. Basaglia, desde un ángulo socio-político, estrena un nuevo sendero: un camino que sin dejar de asociar la enfermedad mental a la biología y a la ecología, llama la atención para su historicidad y al mismo tiempo coloca la práctica médica dentro de un contexto político que se propone denunciar los mecanismos de autoridad en el interior de la institución.

De la contribución del positivismo y de algunas tendencias más actuales que han aportado nuevos conocimientos sobre el fenómeno del desorden mental, es posible actualmente un tratamiento más adecuado del concepto de enajenación. Este es tratado en el siguiente capítulo a través de un estudio de las respuestas de Marx y Foucault al problema del desorden.

NOTAS

(1) Desde este punto de vista, Merton elabora un cuadro donde va a asociar los "modos de adaptación" -conformidad, innovación, ritualismo, retraimiento, rebelión- con metas culturales y medios institucionalizados, proponiendo que el sociólogo se preocupe en investigar el grado de aceptación de los individuos a las metas y medios (institucionalizados), para terminar concluyendo que la estructura occidental (particularmente la norteamericana) "produce una tendencia a la anomia o al comportamiento desviado". (MERTON, 1970:231).

(2) A propósito de la contribución Parsoniana a la temática, ver PARSONS, Talcott. El sistema social, Madrid, Rev. de Occidente, 1969 y PARSONS, T. y SHILLS, E. Hacia una teoría de la acción social, Buenos Aires, Kapelusz, 1968.

BIBLIOGRAFIA CITADA

BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa, S.P., Brasil Debates, 1979.

DELEUZE, Giles y GUATTARI, Felix. O anti-Édipo, R.J., Imago, 1976.

DURKHEIM, Emile. Las reglas del método sociológico, Buenos Aires, La Pléyade, 1981.

GANGUILHEM, Georges. Lo normal y lo patológico, México , Siglo XXI, 1984.

GOFFMANN, Erving. Manicomios, Prisões e Conventos, S.P., Perspectiva, 1974.

GOFFMANN, Erving. O Estigma, R.J., Zahar, 1980.

MERTON, R. K. Sociología: Teoría y estructura, México, Fondo de Cultura Económica, 1964.

PARSONS, Talcott. El sistema social, Madrid, Rev. de Occidente, 1969.

PARSONS, Talcott y SHILLS, E. Hacia una teoría de la acción social, Buenos Aires, Kapelusz, 1968.

SZASZ, Thomaz. A fabricação da loucura, R.J., Zahar, 1970.

CAPITULO III

LOCURA Y ALIENACION EN KARL MARX Y MICHEL FOUCAULT: LAS DOS CARAS DE UN MISMO PROBLEMA.

1. Introducción

En este capítulo, tratamos de sistematizar algunos puntos fundamentales de las tesis de Marx y Foucault sobre la alienación y la locura. De acuerdo con lo visto en el capítulo anterior, las respuestas encontradas por el positivismo al problema del desorden, no son compatibles con los objetivos de este trabajo por ser considerado el desorden de forma a-histórica y como una cuestión individual.

Esta falta de respuesta sugirió la necesidad de buscar otros caminos y soluciones posibles. Si volvemos a la premisa general del trabajo, o sea, si consideramos que el desorden mental es un producto histórico-social,necesitaremos también de una categoría conceptual que sea capaz de explicar el estado de la conciencia del hombre como un proceso histórico. Esta categoría, por otro lado, debe estar articulada con otras que sean capaces de expresar las mediaciones entre la experiencia colectiva y la experiencia individual

de este proceso.

De acuerdo a como lo entendemos, el concepto de alienación -sea en los trabajos de Marx, como en los de Foucault- se manifestaría de la siguiente manera: situando por un lado la conciencia social (y la ideología) dentro de un marco histórico, y por otro, sugiriendo las categorías : clase, trabajo y poder que articulándose entre sí operan como mediación entre lo individual y lo colectivo.

Pero, dadas las dificultades con que nos enfrentamos en este capítulo, es válido relacionar algunas observaciones con la intención de aclarar mejor nuestros objetivos.

La primera de las observaciones tiene -Foucaultianamente- un carácter de trabajo negativo: no se trata de aproximar o de excluír a Marx y Foucault, en términos puramente mecánicos. Nuestra intención es reconocer que existen entre ellos varias diferencias, y citando sólo algunas de estas: formación, temática, objetivos, época, intereses , desembocamos en otra evidentemente resultante de las anteriores: la terminología. Esto nos conduce a relativizar cualquier esquema que pretenda buscar semejanzas o diferencias entre estos pensadores.

La segunda observación, dirige la atención para otro aspecto que también dificultó la realización de este capítulo. Marx no se cuestionó específicamente sobre el desorden mental, a pesar de haber tratado por ejemplo en el tomo I de EL CAPITAL las enfermedades que tienen su origen en el proceso de trabajo estableciendo algunas relaciones de fundamental importancia entre manufactura/ maquinaria/ nuevas

condiciones de explotación del trabajo/ alienación/ enfermedad. Esta preocupación inclusive, permite actualmente el estudio de las relaciones entre proceso de trabajo y salud, a través del análisis de la influencia que tiene la división del trabajo en el nivel de desgaste y reposición de la fuerza de trabajo.

Al contrario de Marx, Foucault se cuestionaba permanentemente sobre este y otros temas similares, habiendo aportado en el decorrer de su vasta obra con vigorosas contribuciones al respecto, dispersas en artículos, libros , entrevistas, conferencias, y de forma sistemática en La Historia de la Locura en la Epoca Clásica.

La tercera observación trata sobre las diferencias encontradas entre dichos pensadores en lo que respecta al tratamiento del desorden. Mientras que Marx enfoca la alienación a partir fundamentalmente de la producción y del trabajo, Foucault enfoca el mismo problema básicamente a partir de un análisis sobre el poder. Es importante resaltar que esto no significa que Marx trate el poder incorrectamente, o que Foucault se olvide de situar los sujetos sociales como sujetos productivos. Nuestra intención es mostrar los diferentes ángulos resultantes de la forma en que ambos priorizaron las categorías conceptuales que les permitieron el abordaje del tema. Intentando con esto, no perjudicar el marco conceptual más amplio sobre el cual inicialmente construyeron sus trabajos.

En este sentido, es necesario tener en consideración, que Marx vislumbra el poder a través del análisis del capital. Este, visto como una relación social referido a

una totalidad mediante un procedimiento dialéctico. O sea : a través de enfatizar (desde un punto de vista científico) el estudio de las contradicciones del capital, y de la necesidad de superar las mismas mediante la acción política. Por estas razones, Marx refiere la problemática del poder a un contexto general, localizada a nivel de la infraestructura en la lucha de clases y expresada a nivel superestructural en el aparato del Estado, considerando a este como instrumento de reproducción del poder de una determinada clase.

Mientras tanto, Foucault se preocupa con el poder al mismo tiempo en que cuestiona una perspectiva totalizante de la historia, dudando sobre la viabilidad de superación de las contradicciones sociales. Descentraliza el propio concepto del poder, prefiriendo referirse a una red de micropoderes , lo que va a determinar de alguna manera, una redefinición de la concepción del sujeto histórico.

Pero de todos modos, a pesar de estas diferencias esenciales, es válido resaltar que -de acuerdo como será discutido en el decorrer de este capítulo- la temática sobre la alienación desarrollada por estos dos autores conduce a un único camino. Coincidiendo con ambos autores, vemos entonces, que a través del análisis del capital o del análisis del poder, la respuesta burguesa al problema del desorden (sea o no mental), es única: la exclusión.

2. La temática de la alienación en Marx y Foucault : una cuestión de dominación.

Según entendemos, el análisis de la evolución del concepto de alienación en Michel Foucault puede ser elaborado a partir del estudio de la articulación entre la locura y el poder, principalmente en los términos presentes en La historia de la locura en la época clásica. Por esta razón , trataremos de sintetizar los principales aspectos de esta obra, observando la emergencia del concepto dentro de un marco más amplio representado por el análisis de la " formación discursiva" clásica sobre la locura.

A continuación colocaremos algunas tesis de Foucault sobre el conocimiento y el poder, presentes en Microfísica del poder, La verdad y las formas jurídicas y La arqueología del saber. Tales tesis, permiten localizar más claramente los fundamentos del concepto de alienación de acuerdo con la propuesta foucaultiana sobre el saber, su relación con el poder, sus formas múltiples, contradictorias, discontinuas.

Posteriormente trataremos de verificar algunos aspectos fundamentales sobre la evolución del concepto de alienación en Marx, a partir de los vínculos que él establece, en el curso de su obra, entre alienación y trabajo.Intentando no perder de vista su preocupación con el capital, entendiendo este como relación social. En este sentido, varias de sus obras serán tenidas en cuenta: La cuestión judía, Los manus-

critos Económico-Filosóficos de 1844, La ideología alemana , El Capital, etc.

Los elementos teóricos contenidos en este capítulo serán retomados en los capítulos subsiguientes teniendo en cuenta nuestros objetivos: el estudio de los determinantes sociales de la locura, en un contexto subdesarrollado, dependiente, periférico.

1. Por época clásica Foucault entiende los siglos XVII y XVIII con todas las contradicciones sociales que estos representan dentro de la sociedad europea. Una de ellas (trabajada exahustivamente en esta obra) es la práctica de la internación, interpretada como práctica alienadora, como medida de fuerza, como sometimiento moral, físico y político de un segmento por otro, de conformidad con la ideología burguesa emergente. El análisis de esta práctica es realizado en los términos de la investigación de la formación de un nuevo discurso sobre la locura, distinto de lo que había sido producido en la Antigüedad y en la Edad Media.

Foucault, comienza por demostrar como la locura ha viajado desde la barca -en la "stultifera navis"- hasta el hospital (metáfora que muestra como la locura se despliega del viaje hasta el encierro), transformándose en la nueva "lepra" a la cual el mundo racionalista va a responder con todas las defensas a su alcance. Pintura , literatura , arte dramático, se convierten en instrumentos de análisis usados por Foucault para documentar esta transición. Brant, Bouts, Lochner, Brueghel, Cervantes, Durero, Goya, Van Gogh , Nietzsche, son algunos de los principales nombres considerados como expresión de una arqueología de la locura distinta de

aquella que va a ser construída racionalmente y cuyo signo es la internación. (Foucault, 1981).

El Gran Encierro que comienza bajo una forma institucional en el siglo XVII, pero que su origen se remonta al período medieval, tiene una dirección precisa: abarca a los pobres, mendigos, vagabundos, criminales, locos, y hasta este período es procesado independientemente de una práctica médica. La locura es parte integrante del mismo espacio que la pobreza y el crimen, y los tres juntos son los grandes errores y terrores que amenazan al mundo burgués.

En el plano cartesiano, por lo tanto, la locura significa error, sueño, peligro. En 1656 es fundado en Paris el primer hospital general, con una estructura semi- jurídica que se dedica más a castigar que a tratar; distante en el inicio de cualquier atención médica específica en relación a la locura. A los locos, igual que a los pobres y criminales se los encierra. Esto, sintetiza la consigna del clasicismo con respecto a la locura que Foucault documenta permanentemente recurriendo a textos e informes de la época sobre este hospital y sus prácticas. Así, vemos que el hospital simboliza castigo, la internación significa punición, y el trabajo dentro de esta institución va a funcionar como la máxima punición. De esta forma, el Estado va a asumir el control a través de la administración de la miseria apoyándose en la reproducción de hospitales-prisión. La miseria, de esta forma se convierte en una cuestión de orden de Estado y por lo tanto, implica represión. Dentro de esta perspectiva se encuentra albergada la experiencia clasicista (y clasista) de la locura.

La locura es desacralizada y el loco convertido en un sujeto de tratamiento moral o cuestión de policía. Los casos de confinamiento se transforman en remedio para el desempleo. El sentido del trabajo en términos económicos se transforma en una cuestión moral que redime y penitencia.* Así, lo que discute Foucault a nivel de esta historia o "arqueología" de la locura es el estatuto ético de los hospitales; la enajenación del loco en el sentido de que este "ha franqueado las fronteras del orden burgués, para enajenarse más alla de los límites sagrados de la ética aceptada". (FOUCAULT, 1981: 117).

Así, lo que sería uno de los múltiples origenes de la psiquiatría, se encuentra en la noción de corrección que a su vez está implícita en el encierro. Existe por lo tanto para Foucault, una "policía de la internación" que antecede y a la vez origina una "policía médica". Esta policía controla y administra este rostro múltiple -criminales, vagabundos, desempleados, locos con la intención de corregirlos a través de las prácticas de purificación expresados en el castigo físico y la represión moral.

En ese espacio curiosamente compartido, la locura encuentra su Patria, su familia y su infierno. Lo que trata de demostrar Foucault con esto es que el siglo XVII promueve una escisión nueva entre la razón y la sinrazón y la

---

* Ver FOUCAULT, M. La Historia de la Locura ... op. cit., principalmente los capítulos II y III de la primera parte.

internación -como un acontecimiento nuevo- se transforma en una de sus expresiones más evidentes. Como medida de orden, de fuerza y de precaución, la locura es considerada alienada. O sea, convertida en extranjera y confinada a un espacio social específico. La sociedad clásica aliena la sinrazón y la limita al circuito externo de la objetividad sobre la cual después se va a basar la experiencia psiquiátrica.

De esta forma, la tesis central de Foucault en esta primera parte se refiere a lo siguiente: el clasicismo se convierte en la experiencia moral de la locura, fundamento posterior del desarrollo del conocimiento científico de la locura, cuya expresión es la condenación. Las experiencias de la locura se van traduciendo dentro de esta formación discursiva en distintos términos que expresan la condenación moral: furor, lunatismo, imbecilidad, depravación, escándalo, etc. y que a la vez implican también enfermedad e insensatez.

En este siglo, ya comienza a perfilarse una "justicia médica" que vislumbra a la locura como una patología. La densidad del propio fenómeno, rescatado en las fases históricas anteriores, pierde valor frente a una reorganización racional del discurso sobre el loco. Es en este momento que Foucault plantea otra de sus tesis: la individualización de la locura vivida en la Antigüedad y en la Edad Media, muchas veces expresada por el arte de esta época, dá lugar en esta nueva fase a una indiferencia respecto a la locura, cuyo rostro se pierde en medio de otro de características múltiples y muchas veces más amplio,

como es el caso de los"miserables". La jurisprudencia de la internación inaugura una nueva forma de reconocimiento e identificación de la locura, la estructura de la medicina se confunde con la estructura del derecho, la alienación se refleja en dos experiencias:

> "una que concierne al ser caído en el poder del otro, y encadenado a su libertad, la segunda que concierne al individuo convertido en otro, extraño a la similitud fraternal de los hombres entre sí. Una se acerca al determinismo de la enfermedad, la otra, antes bien, toma la apariencia de una condenación ética". (FOUCAULT, 1981: 210).

Así, vemos que la medida adoptada es de fuerza. Y lo que separa a los "insensatos" de los demás hombres expresa una cuestión de poder que al mismo tiempo que esconde (en los asilos) también exhibe (en los inicios de la práctica médica) la locura; es el momento de la psiquiatría nacer . El positivismo del siglo XIX inaugura una teoría de la alienación que se corresponde con la interpretación que hace de ella un mecanismo patológico de la naturaleza.*

Con esta tesis, Foucault concluye la primera parte de La Historia de la Locura ... y comienza la siguiente donde busca responder dos cuestiones centrales.** La primera se refiere a como se procesa el conocimiento y la identificación de la locura durante la época clásica; la

---

* Ver FOUCAULT, M. La Historia de la Locura ... op. cit., capítulos III, IV, y V de la Primera Parte.

** Idem, capítulos I, II, III, y IV de la Segunda Parte.

segunda, a quién es reconocido como loco. La respuesta para ambas cuestiones tiene en cuenta la discusión del poder lo que para Foucault también va a influenciar el desarro - llo conceptual del "acontecimiento" locura. En este instante, él marca el encuentro entre la formación discursiva que precede al discurso científico sobre la locura y este último, defendiendo la tesis de que la conciencia occidental sobre la locura no es un conjunto homogéneo. Así, no hay unidad entre "una conciencia crítica, práctica, enunciadora y analítica" de la locura, porque estas cuatro formas convergen de modo discontinuo en una interpretación que procede de ángulos distintos y yuxtapuestos del mismo fenómeno, haciendo que las fronteras entre lo teórico y lo práctico se vuelvan tenues. Los resultados de estas formas de conciencia constituyen las clasificaciones, o sea, la introducción de la locura en un lenguaje positivista que convidando al loco a un nuevo jardín -"el jardín de las especies"- se va a preocupar en catalogar las formas de la locura de modo "objetivo", claro, preciso, capaz por lo tanto, de controlarla bajo un nuevo mecanismo de poder: la ciencia.

En este plano, Foucault plantea la contradicción en la que supuestamente convive la ciencia hasta en los días actuales: el siglo XIX indudablemente, es capaz de reconocer al loco al mismo tiempo que convive con la dificultad de definir la locura. Bajo la óptica del razonamiento, el loco se transmuta en objeto de conocimiento, en verdad positiva, en evidencia. Tiene nacimiento una nueva mitología: la mitología de la clasificación por donde se vuelve posible el conocimiento de la enfermedad, a través de un

inventario de lo más manifiesto en su percepción.

Naturalizada la locura, ésta se transmuta en rótulos cambiando así la función original del hospital. Si antes se albergaba una faz múltiple, ahora se especifica un espacio para la locura. O sea : para su estudio, control e inventario -maníacos, depresivos, psicóticos, melancólicos, imbéciles , etc. etc.- son reconocidos e investigados percibiéndose la "trascendencia del delirio", su capacidad para superar los límites "naturales": cuerpo, espacio, tiempo. La psiquiatría comienza a discutir las causas de la locura, a través de un amplio y largo debate que se polariza en la dualidad: cuerpo y alma. Las formas de reconocimiento pasan por esta estructura de causalidad. Las causas del cuerpo son consideradas de carácter más inmediato, mientras que las del alma son lejanas y escapan a un control efectivo.

Maníaco, hipocondríaco, melancólico, depresivo , demente, etc. no importa. En términos de lo que Foucault más tarde va a llamar la "sociedad disciplinaria" la culpa es del enfermo. La terapéutica del siglo XIX funciona como castigo, a través de la institucionalización de una nueva pareja: el médico y su enfermo. En la lucha contra el delirio vale desde el vinagre hasta la purificación a través del agua, café y jabón, piedras preciosas y mar.* Lo que interesa en todo caso, es la cura y el tratamiento físico, antes del mo-

---

* Ver FOUCAULT, M. La Historia de la Locura ... op. cit., principalmente los capitulos III y IV de la Segunda Parte.

mento supremo: el tratamiento psicológico.

Según Foucault, el siglo XIX inscribe la locura en la esfera de la culpabilidad y la pareja médico-enfermo trata de descubrir los medios capaces de revertir esta culpabilidad bajo la forma un tanto velada de castigos. Esta pareja hace aparecer la gran vigilia técnica con relación a la locura, evidentemente acompañada de todo el aparato de poder para controlarla. En la historia discontinua de la locura, el núcleo moral asume en el siglo XIX un contenido de culpabilidad, responsable por la conversión de la locura en enfermedad.*

La síntesis del pensamiento de Foucault puede ser formulado en los siguientes términos: el positivismo cierra el círculo abierto por el clasicismo. O sea; convierte la experiencia de la locura en una enfermedad supuestamente sometida al control, igual que las demás enfermedades de características "naturales".

En la tercera parte de esta historia, Foucault se va a preocupar con la formación de un nuevo orden discursivo que se basa en un gran miedo a la locura. Que va a intentar controlarla bajo nuevos conceptos y nuevas nociones como por ejemplo en el caso de la noción de medio, por la cual sería posible ubicar los factores externos que puedan venir a favorecer la posibilidad de la locura. Contradictoriamente, la separación de la locura en un espacio específico -el asilo -

---

* Ver FOUCAULT, M. La Historia de la Locura..., op. cit., capitulo IV, Segunda Parte.

no significa más una "amenaza cósmica" o una "inminencia animal" sino algo más inmediato. Pero que de todos modos se encuentra bajo control.

Bajo el argumento de que el medio aliena, el positivismo va a producir una concepción a-histórica de la locura; esto debido a que continúa cautelosamente distante de la crítica del orden burgués que ésta implica.

Es necesario tener en cuenta a esta altura, la síntesis metodológica que Foucault elabora en La arqueología del saber para rescatar el hilo (o los hilos) que pueden reunir sus tesis alrededor del concepto de alienación. La "mirada foucaultiana" indicará que el saber se ha constituído en una de las nuevas prácticas de poder utilizadas a partir del Renacimiento.

Lo que preocupa a Michel Foucault en La arqueología del saber, es buscar los conceptos capaces de reflejar la discontinuidad. En este sentido, su intención es rechazar la posibilidad de aislamiento de las "unidades" como en el caso de una obra, una teoría, un concepto, un texto, etc. para plantearse la dificultad que significa la unidad. Esta problemática lo lleva a procurar otros caminos que pueden sintetizarse en: umbral, ruptura, cortes, discontinuidades. Sintetizando en términos simples, una arqueología del saber para Foucault sería la construcción de un nuevo tipo de saber que duda de la unidad y también de un único saber para considerar en cambio, saberes. (Foucault, 1983).

Desde este punto de vista, él marca su propio umbral metodológico abogando por una nueva historia, en la cual no se trate de causalidades simples, sino de series

múltiples. En donde la noción de discontinuidad ocupe un lugar central, cuestionando así, la pretensión de un entendimiento global de la realidad.

En el caso que nos preocupa, la propuesta se traduce en los siguientes términos: no hay una historia de la locura, sino historias sobre la locura. No hay un acontecimiento que pueda ser clasificado e interpretado como locura, sino que existen diversos acontecimientos que se incluyen bajo este nombre. No hay un saber único, definitivo, invisible sobre la locura. Hay varios saberes (mágicos, míticos, filosóficos, científicos, etc.), conformando la evolución de una formación discursiva sobre la locura, a partir de un espacio disperso y múltiple.

A través del concepto -formación discursiva- Foucault se propone substituir el análisis de la contradicción, "por el análisis de los diferentes tipos de contradicción, de los diferentes niveles según los cuales se la puede localizar, de las diferentes funciones que puede ejercer". (FOUCAULT , 1983: 257).

Convencido de que existen saberes independientemente de la ciencia, y también convencido de que no hay saber independientemente de las prácticas discursivas, Foucault plantea que la arqueología, lejos de recurrir " al eje conocimiento-ciencia (que no puede ser liberado del índice de la subjetividad)" ... "recurre al eje práctico discursivo -saber-ciencia". La ciencia en este caso, no puede adjudicarse el título de saber distinto al de la ideología, porque ella nace de un marco más general -de la formación o de la práctica discursiva- y difícilmente se desvincula o purifica de

este saber más general dentro del cual se inscribe . (FOUCAULT, 1983: 307).

Foucault, por lo tanto, pone en duda los mitos de la ciencia moderna: la totalidad, la contradicción, la superación de la contradicción, la unidad, la escisión ciencia/ideología. La intención de La Historia de la Locura es demostrar cómo es posible que los hombres en el interior de una misma "práctica discursiva hablen de diferentes objetos, tengan opiniones opuestas, hagan elecciones contradictorias". Así, vemos que en términos del sujeto se trata de definir "las posiciones y las funciones que ... puede ocupar en la diversidad de los discursos". (FOUCAULT, 1983: 336).

A partir de este punto, o sea de los fundamentos de la arqueología del saber (en cuanto un saber múltiple), podemos arriesgar la proposición de que según Foucault, la alienación también tiene un origen disperso y múltiple. De este modo no existiría la enajenación sino enajenaciones. En este sentido, la gran vigilia técnica que acompaña a la locura en la época clásica (implicada en un nuevo aparato de poder), se configura como un nuevo orígen de un nuevo tipo de enajenación a partir también de un tipo particular de propiedad : la propiedad del cuerpo y de la mente de los sujetos.

El hospital y la cárcel se vuelven así, los espejos de una "sociedad disciplinaria" que ha aprendido a manipular la culpabilidad a través de un amplio uso de la red de los micro-poderes.

Es posible en este momento, la formulación de otra proposición: en Foucault, el concepto de alienación asume un contenido semejante al que Marx le atribuye en los manuscri-

tos de 1844. O sea: la alienación supera el nivel de sus vínculos con el trabajo, para encontrarse con determinismos de orden moral y éticos. En el caso de la locura tales determinismos aparecen cuando la jurisprudencia de la internación estrena una nueva forma de reconocimiento e identificación en la cual la estructura de la medicina se confunde con la estructura del derecho. De ahí que en La Historia de la Locura, Foucault señale los dos tipos de experiencia de la alienación: el caer en poder del otro (la pérdida de la libertad), y el convertirse en otro, a través de un estatuto ético.

Es en esta situación de discontinuidad (o sea, de una alienación múltiple, de múltiples orígenes) que se inscribe la temática del poder, de un poder que no tiene una fuente única, sino que se distribuye dentro de una red multiple de micropoderes, en el interior de la cual se conforma la identidad del sujeto, sus posibilidades, su subjetividad , su desarrollo.

La exclusión de determinados sujetos es entendida en parte por Foucault, como la conciencia de que el saber es poder. De que el sujeto que posee ese poder también domina. Locos, pobres, homosexuales, criminales, delincuentes, inmigrantes, negros, judíos, niños, viejos, etc. son víctimas de una "tecnología de la vigilancia" que ha desarrollado formas múltiples de control social y político en contra de las cuales hay que definir nuevas formas de resistencia y lucha.

Al definir el poder no necesariamente por su negatividad, sino por su positividad, Foucault advierte:

> "haciendo del poder la instancia del no, se está avocado a una doble 'subjetivación':el poder del lado en el que se ejerce, es concebido como una especie de gran sujeto absoluto -real, imaginario o jurídico (poco importa)-, que articula la prohibi - ción: soberanía del Padre, del Monarca , de la Voluntad General. Del lado en que el poder se sufre, se tiende igualmente a 'subjetivarlo' determinando el punto en que es aceptada la prohibición, el punto en el que se dice "sí" o "no" al poder"(FOUCAULT, 1979: 169).

Según Foucault, el enfrentarse al poder en su negatividad, tiene por consecuencia su cosificación. Sobre esta cosificación se define una práctica de lucha que vislumbra el poder desde afuera, que señala un marco de lucha para el futuro, que pierde de vista por lo tanto, la insensatez del juego del poder. Descentrando el concepto de sujeto, Foucault termina por admitir que no existe sujeto histórico a priori. Que la lucha en contra de la dominación es aquí y ahora, en el mismo espacio donde uno circunscribe su vida y enfrenta diariamente la opresión, el autoritarismo, la dominación. La "salida" para la alienación quedaría así expresada en: el ejercicio de la libertad en el cotidiano , en el lugar donde se está, en la familia, en la calle, en la institución, en el trabajo, en el hospital, en la escuela, en la cárcel.

Formuladas tales consideraciones sobre la temática de la alienación en Foucault, vale la pena introducir en este momento, algunos de los aspectos fundamentales de la evolución del concepto de enajenación en Marx, para a continuación enunciar algunas conclusiones básicas sobre

la contribución de ambos autores.

2. Los orígenes del concepto de enajenación en Marx encuentran su momento quizas más polémico en los Manuscritos de 1844. De acuerdo con Mandel hay tres posiciones sobre la evolución del concepto en la obra marxista, todas ellas de alguna manera relacionadas a los Manuscritos... Por un lado, afirma él, está "la posición de quienes tratan de negar la diferencia entre los Manuscritos y El Capital, pues pretenden encontrar lo esencial de las tesis de El Capital en los Manuscritos de 1844". (MANDEL, 1974: 188).

Por otro lado, está

> "la posición de aquellos que, contra El Capital, consideran que el Marx de los Manuscritos de 1844 expone de una manera más 'global', más 'íntegra' el problema del trabajo alienado, sobre todo al darle una dimensión ética, antropológica o inclusive filosófica a esta noción y que, por consiguiente, o bien contraponen los dos Marx o bien 're-evalúan' El Capital a la luz de los Manuscritos de 1844 ...". (MANDEL, 1974: 188).

Por último Mandel identifica

> "la posición de quienes consideran que las concepciones del joven Marx en los Manuscritos de 1844 acerca del trabajo alienado no sólo estaban en contradicción con el análisis económico de El Capital, sino que inclusive eran un obtáculo que había impedido al joven Marx aceptar la teoría del valor-trabajo".

En este último caso el concepto de alienación sería "pre-marxista", consecuentemente superado por un análisis (científico) económico sobre el capitalismo. (MANDEL, 1974:

188).

Clasificando las tesis de por ejemplo, Erich Fromm, Togliatti y Rubel como pertenecientes a la primera posición, la de Karel Kosik, Landshut y Mayer, Kostas Axelos, etc. , como características de la segunda, y la de Botigelli, Cornu y Althusser entre los de la tercera posición, Mandel de alguna forma reconstruye la polémica en torno al concepto de alienación, para demostrar lo que él llama "sentido social de las tres interpretaciones engañosas de las relaciones entre los Manuscritos de 1844 y El Capital". (MANDEL, 1978: 172). Engañosas porque ocultan una polémica política que opone el concepto antropológico de alienación al concepto económico, sea para satisfacer los propósitos de una burguesía que necesita apropiarse de Marx a través de los Manuscritos ... sea por la social democracia que necesita negar el contenido revolucionario de su obra, sea por aquellos que "cientificizando" al marxismo, lo liberan de su humanismo pre-revolucionario restituyéndole la positividad de la ciencia.

Aunque nos resulte difícil -teniendo en cuenta la importancia de esta polémica- intentaremos situar nuestras preocupaciones en un punto que de cierta manera supere este tipo de inquietud.O sea; no nos interesa volver a exponer los puntos de vista de Fromm, o de Togliatti, o de Althusser, etc. a este respecto. Esto porque juzgamos dispensable volver a un camino ya tantas veces recorrido. Y porque no se trata de definir quien tiene la razón. Lo que nos interesa directamente es la necesidad de discutir las posibilidades del concepto de alienación como una herramienta

teórica dirigida al apoyo de una actividad práctica -la investigación de la locura en un contexto estructural dado, subdesarrollado, dependiente y periférico.

En este sentido, lo que nos preocupa es buscar la evolución del concepto de alienación en Marx como algo que va siendo desdoblado en diversos momentos de su vasta obra, materializados en los Manuscritos de 1844 , en La cuestión judía, La sagrada familia, La ideología alemana, etc., hasta llegar, a El Capital, como un producto de otras circunstancias y preocupaciones.

Lo que necesitamos, entonces, es verificar en que medida el concepto de enajenación es capaz de contestar nuestras inquietudes en torno a la cuestión del extrañamiento del mundo. Y lo más importante, en que medida ese concepto deja de responder nuestras inquietudes, estimulando así, algunos replanteos teóricos a este respecto.

En lo referente a La cuestión judía,Marx interpreta al concepto de enajenación como "venta". Considerando al dinero como el "Dios de los judíos", Marx admite que "el judío se ha emancipado, no solo al apropiarse del poder del dinero, sino por cuanto el dinero se ha convertido,a través de él y sin él,en una potencia universal y el espíritu práctico de los judíos en el espíritu práctico de los pueblos cristianos..."Así, "los judíos se han emancipado en la medida en que los cristianos se han hecho judíos..."(MARX,1983:40). La propiedad privada y el culto al dinero se materializan en el momento de la "venta". Y la venta según Marx , " es la práctica de la enajenación ". Sentido que él va a recuperar en El Capital cuando dice que el trabajador enajena su trabajo. O sea, vende su trabajo. Recuperar

significa que en El Capital, a través de la teoría del valor y de la plusvalía, Marx termina profundizando y desarrollando paralelamente el análisis del trabajo enajenado.

Dentro del proceso de "venta", la enajenación se vuelve la práctica. El hombre pone "sus productos y su actividad bajo el imperio de un ser ajeno y confiriéndoles la significación de una esencia ajena, del dinero". (MARX, 1983: 44).

Analizando las tendencias generales del concepto de enajenación en Marx, Meszáros comenta:

> "judaísmo y cristianismo son aspectos complementarios de los esfuerzos que hace la sociedad para enfrentarse con sus contradicciones internas ..." pues "ambos representan falsos intentos por trascender estas contradicciones y lograr una ilusoria 'reapropiación' de la 'esencia humana', a través de una superación ficticia del estado de enajenación". (MESZAROS, 1978:30).

En la realidad el sentido religioso por lo tanto, funciona como elemento de "desalienación" y de "redención ", así como el Estado se convierte en representación ilusoria de una comunidad que jamás ha existido, y que no obstante intenta maniobrar en el sentido de "desalienarlos", convirtiéndolos a su propia ley.

La preocupación marxista con la enajenación, como se puede observar en los primeros escritos de Marx, ya trae consigo la discusión sobre su superación, preocupándose en diferenciar los dos niveles de la misma: el ilusorio (ideológico-burgués), del revolucionario. O sea; intentando separar el sentido mistificador de otro que implica la extinción de

la propiedad privada y, por lo tanto, del trabajo enajenado.

En sus escritos que se ubican entre 1843 y 1844 , sea en La crítica a la Filosofía del Derecho en Hegel (en donde defiende la tesis de que la política y la historia pueden ser explicadas a partir del Estado), sea en la Crítica de la dialéctica y de la filosofía hegelianas en general (en donde, así como en La Sagrada Familia, Marx se preocupa en explicitar el carácter mistificador de la dialéctica hegeliana), como al romper con Feurbach, en La Sagrada Familia, juntamente con Engels, denunciando las formas de interpretación filosóficas de contenido idealista, en torno a un hombre abstracto, Marx prosigue su reflexión sobre la enajenación . Y esta reflexión, ya estaba implícita en su tesis de doctorado, cuando analiza la filosofía de Epicuro como señal de una determinada época histórica que se basa en la "vida privada", fundamentando su dinámica bajo el argumento de una individualidad abstracta, autónoma, externa, independiente.

Así como lo plantea Meszáros, la primera formulación marxista sobre la enajenación está relacionada con la crítica a la individualidad abstracta y paso siguiente con la polémica sobre el Estado moderno. Esto último, a través de una discusión entre Estado y Religión hecha en términos políticos. Pero en ambos momentos ya está implícita la discusión sobre el trabajo a partir de lo que Marx llama su "exterioridad". O sea, el carácter ajeno a la propia vida del individuo. (MESZAROS, 1978: 64/68).

Las tesis explicitadas en estos trabajos iniciales, serán reevaluadas en lo concerniente a los planteos sobre

enajenación que se encuentran en los Manuscritos ..., cuando, según muchos exégetas de la obra marxista, se dá el encuentro inicial de Marx con la economía política.

Esto porque ahí queda más claro el concepto de "auto-enajenación del trabajo", síntesis de sus preocupaciones anteriores, dispersas a través de distintos momentos de su vasta obra, aunque tal concepto no esté todavía apoyado por la teoría del valor y de la plusvalía.

Son muchos los temas tratados en los Manuscritos... y su densidad no siempre vuelve accesible su entendimiento. En ellos, por ejemplo, Marx vincula la cuestión de la "autoenajenación" del trabajo a problemas tan distintos e importantes como la libertad, los orígenes de la sociedad moderna, el significado de la vida, la permanente confrontación entre la individualidad y la "esencia social" del hombre, permeadas por opiniones sobre la filosofía, el arte, la religión, el derecho, etc.

Ahí también Marx plantea claramente que bajo la forma capitalista de producción el trabajo se vuelve la base de la enajenación. El proceso de la división y organización del trabajo y la propiedad privada se transforman pues en sus herramientas teóricas claves para apoyar el análisis de los distintos niveles de enajenación: a) la enajenación hacia la naturaleza; b) la enajenación hacia sí mismo y hacia su ser genérico; c) la enajenación del producto convertida en enajenación de los demás hombres. (MARX, 1982: 73/88).

Según Meszáros

"antes de los Manuscritos de 1844 el factor

económico aparecía sólo como un aspecto definido en forma vaga por las relaciones socio-políticas ... esto porque Marx en sus obras anteriores no se daba cuenta de la fundamental importancia ontológica de la esfera de la producción que aparecía... en forma de referencias bastante genéricas a las 'necesidades' en general". (MESZAROS, 1978:77).

A partir de los Manuscritos de 1844 la actividad productiva pasa a ser analizada como génesis de la conciencia y queda claro que si hay una conciencia enajenada es porque la propia actividad del hombre mediada por la división del trabajo y por la privatización de la propiedad, se convierte en algo externo a sí mismo que lo separa de los demás hombres.

La superación de la enajenación implica así, la superación de las formas de intercambio predominantes en la sociedad capitalista, la cual supone la extinción de la propiedad privada tal como ya lo había planteado en otros escritos. Ahí Marx también empieza a desarrollar la relación trabajo-mercancía cuando, por ejemplo, afirma :

"el obrero degenera en mercancía ... la miseria del obrero se halla en razón inversa al poder y a la magnitud de su producción ..., el resultado de la competencia es la acumulación del capital en pocas manos y, por tanto, la pavorosa restauración del monopolio y, por último ..., se borra la diferencia entre capitalista y terrateniente y entre campesino y obrero fabril , dividiéndose necesariamente toda la sociedad en las dos clases de los propietarios y los obreros carentes de toda propiedad". (MARX, 1982: 79).

Ya queda esbozado así lo que será posteriormente profundizado en El Capital bajo la teoría del valor: el trabajo se vuelve mercancía y sobre esto Marx afirma lo siguiente:

> "a medida que se valoriza el mundo de las cosas se desvaloriza en razón directa, el mundo de los hombres. El trabajo no produce solamente mercancías; se produce también a sí mismo y produce al obrero como una mercancía, y además, en la misma proporción en que produce mercancías en general ... "

Esto para Marx, expresa lo siguiente:

> "el objeto producido por el trabajo, su producto, se enfrenta a él como algo extraño, como un poder independiente del productor. El producto del trabajo es el trabajo que se ha plasmado, materializado en un objeto, es la objetivación del trabajo .... la realización del trabajo es su objetivación. Esta realización del trabajo como estado económico, se manifiesta como la privación de la realidad del obrero, la objetivación como la pérdida y la esclavización del objeto, la apropiación como extrañamiento, como enajenación". (MARX , 1982: 75).

Más adelante y con otras preocupaciones Marx trata nuevamente esta temática en La ideología alemana. Preocupado con la crítica al idealismo feurbachiano (construyendo paralelamente, los fundamentos del materialismo histórico), confiere un tratamiento especial al poder de coacción de las fuerzas productivas, del mercado mundial y de la división del trabajo, llamando la atención sobre su relativa autonomía (o aparente autonomía) en lo referente a las relaciones sociales.

Al tener en cuenta a la conciencia como un hecho

histórico, Marx y Engels son capaces de entender la conciencia enajenada como siendo el resultado de la suma de fuerzas productivas, capital y relaciones sociales, rechazando así falsas representaciones por fundamento, como en el caso del Estado y religión, rescatando de esta forma, la enajenación en su contenido histórico. La ideología, por lo tanto, es considerada un proceso, y la totalidad, un criterio ordenador a partir del cual se puede vislumbrar a la sociedad como a un conjunto que comprende desde la producción material de la vida inmediata, hasta las representaciones que construye el hombre a este respecto. (Marx y Engels, 1979).

A partir de La ideología alemana, son muchas las contribuciones marxistas sobre este tema. Desde el 18 Brumario de L. Bonaparte, donde se señala especial atención al concepto de conciencia de clase (en su dinámica y especificidad histórica), hasta La Contribución a la Crítica de la economía política. Estos aportes de conjunto, van a constituír los fundamentos del concepto de enajenación junto con los planteos que Marx ya había comenzado a desarrollar en una etapa anterior.

De todos modos, guardadas las diferencias entre las distintas obras, permanece un denominador común en torno a la enajenación: existe una "reciprocidad dialéctica" entre el hombre, la naturaleza y la producción, al mismo tiempo que un circuito entre estas tres fuerzas. O sea; para producir el hombre depende de la naturaleza, pero de ella se divorcia (no a la manera romántico-rousseauniana) porque se divorcia de su propia naturaleza, separándose de su ser gregario; aislándose y produciendo relaciones enajenadas que atraviesan la

historia de cada uno de los individuos, sea a través de la división y organización del trabajo, sea a través del mercado, de la acumulación, en fin de las diferentes mediaciones que utiliza históricamente el capitalismo para sobrevivir.

En El Capital el término enajenación casi no aparece, en cambio, el concepto está presente en el desarrollo de las principales tesis allí contenidas. Por esta razón, intentaremos ahora puntualizar las cuestiones que Marx sistematiza alrededor del "valor" para explicitar la forma como las mismas se transforman en instrumentos prácticos a los efectos de nuestra investigación.

En el Prólogo a la Primera Edición de El Capital, Marx ubica su principal objetivo: "desentrañar" el secreto de la forma valor, a través del estudio del modo de producción capitalista y de las relaciones sociales de producción e intercambio que le corresponden. Lo que él intenta, pues, es analizar el contenido mismo de las leyes de producción capitalista en cuanto tendencias de su propio desarrollo. Lo que él mismo llama su "objetivo último" es lo siguiente: " sacar a la luz la ley económica que rige el movimiento de la sociedad moderna". En otros términos, la ley del valor.(MARX, 1983: 6/8).

En el Epílogo a la Segunda Edición, datada en 1873, Marx continúa con la necesidad de aclarar posiciones metodológicas. Así, afirma que no existen leyes abstractas. (Marx, 1983: 19). Lo que significa que cada período histórico tiene sus propias leyes condicionadas por el desarrollo de las fuerzas productivas. Asumiendo sus diferencias en cuanto a

la dialéctica hegeliana , él afirma que "lo ideal no es sino lo material transpuesto y traducido en la mente humana". (MARX,1983:20). En este sentido redefine la dialéctica al postular que hay que desmistificarla, descubriendo el "núcleo racional" que se oculta bajo su envoltura mítica, (MARX,1983: 20). Lo que en otros términos, según entendemos, significa transformar las categorías filosófico-especulativas de Hegel en categorías de contenido esencialmente histórico, social y económico.

No es por casualidad, que para analizar el modo de producción capitalista, Marx toma como punto de partida un hecho concreto -la mercancía- exterior, cuya necesidad se convierte en utilidad y cambio.

El cuerpo de las mercancías poseedoras de valor es distinto, pero tienen algo en común: el hecho de que son "productos del trabajo". (MARX, 1983: 49). O sea; en su producción "se empleó fuerza humana de trabajo, se acumuló trabajo humano..." luego, "en cuanto cristalizaciones de esa sustancia social común a ellos, son valores". (MARX, 1983:49). Así, Marx descubre el secreto del valor: trabajo.Considerando al trabajo como "condición de vida del hombre", Marx ubica la relación social preponderante entre los hombres como una relación cosificada, fetichizada, o sea; como una relación entre <u>poseedores de mercancías</u>. (MARX, 1983: 26).

Es a partir de ahí que Marx empieza a desarrollar la tesis sobre la fetichización de las relaciones sociales , interpretando por qué detrás del valor de cambio, bajo la apariencia de relaciones entre objetos, se oculta el valor, trásmutandose estas relaciones como relaciones entre

dinero y capital.

En este sentido, no se puede entender al concepto de enajenación separado del concepto de fetiche. Según creemos, el hecho de vivir relaciones sociales como relaciones mediatizadas por objetos, es la expresión misma de la enajenación, sea que se la entienda como venta, como separación del otro, del producto, o de sí mismo.

Puntualizaremos ahora algunos de los aspectos principales relacionados y analizados por Marx, al respecto del fetichismo. (MARX, 1983: 87/102).

a. En primer lugar, Marx afirma que no es mera casualidad que el concepto de fetiche aparezca mediando los conceptos de valor, dinero y proceso de intercambio, porque estos representan las envolturas materiales que enmascaran las relaciones de producción, fetichizándolas, o sea, haciendo que tengan la apariencia de relaciones entre cosas.

b. El carácter social del trabajo se presenta bajo una forma material en el curso del acto de intercambio, cuando los productos del trabajo, asumen una materialidad de valor socialmente igual e independiente de su múltiple y diversa materialidad física de objetos útiles: detrás del valor de cambio, bajo la apariencia de relaciones entre los objetos, se oculta el valor, las relaciones objetivadas entre los hombres, lo que caracteriza la forma de ser capitalista.

c. En el acto de cambio, los trabajos privados asumen un doble carácter social: a) como trabajos útiles concretos, satisfacen necesidades que b) deben ser

cambiadas por otros trabajos útiles equivalentes. Siendo productos de trabajos privados independientes, unos de otros, los objetos útiles asumen la forma de mercancías dentro de un proceso de cambio que resalta el carácter específicamente social de los trabajos privados.

d. Por esto, surge como ley reguladora del cambio, el tiempo de trabajo socialmente necesario para la producción de mercancías.

e. Para encontrar la igualdad de los diversos trabajos (lo que más adelante Marx va a llamar equivalente general) hay que hacer abstracción de su desigualdad real, reduciéndolos al carácter común de todos ellos, como desgaste de fuerza humana de trabajo. Por lo tanto, como trabajo humano abstracto.

f. A través de la forma "valor", que es la expresión de una mercancía en otras, se fetichizan directamente las relaciones entre los hombres <u>como</u> dinero y capital.

g. La economía política clásica no indaga acerca del valor, ni tampoco, porqué la medida del trabajo se manifiesta de acuerdo con el tiempo de su duración. Luego no es capaz de percibir la diferencia entre el modo de producción capitalista y los demás modos de producción; no distingue por qué en el modo de producción capitalista las relaciones entre los hombres se ocultan bajo la forma de relaciones entre objetos.

h. Por lo tanto, la contribución metodológica que aporta la teoría fetichista, radica en la desmistifi-

cación del modo de producción capitalista, porque a través de la verificación y análisis de relaciones "cristalizadas" Marx demuestra la dialéctica a nivel del proceso de trabajo, así como en el proceso de cambio, donde el cambio parece existir fuera e independiente del trabajo.

Más adelante, teorizando sobre el proceso de intercambio, Marx encuentra en este, el punto de convergencia con la fetichización de las relaciones sociales, e intenta del modo siguiente puntualizar esta convergencia. (MARX, 1983: 103/104).

a. Intentando responder sobre la procedencia del dinero, y al mismo tiempo, tratando de descubrir la contradicción entre valor de uso y valor como algo que se origina en el proceso de intercambio, Marx concluye que esto significa continuar con la teoría del fetiche como un supuesto, porque de esta forma las personas sólo existen como poseedores de mercancías.

b. Tales mercancías, son para sus poseedo - res, no valores de uso y, valores de uso para los no poseedores; lo que va a permitir el intercambio dentro de un proceso social general.

c. Pero, no hay ninguna mercancía que sea en sí misma equivalente general, pudiendo servir de patrón frente a cualquier mercancía. La realidad histórico - social convierte en equivalente general una mercancía determinada:el dinero, de manera que su cristalización es el resultado de componentes históricos que rodean el proceso de intercambio.

d. Dentro del comercio, el valor de las

mercancías se reviste de una forma independiente, hasta que ocurre el desdoblamiento de la mercancía en mercancía y dinero.

e. Las cosas (objetos) en sí mismas son inalienables. Pero los hombres se hacen propietarios privados de estos objetos, enfrentándose de este modo como personas independientes unas de otras.

f. A partir de la producción de un excedente, se consolida la separación entre la utilidad de los objetos para las necesidades directas de quien los produce y su utilidad para ser intercambiados por otros. De manera que, su valor de uso se disocia de su valor, y la costumbre se encarga de cristalizarlos en magnitudes de valor.

g. Con la expansión histórica del intercambio, el valor de las mercancías se convierte en materialización del trabajo humano en general y la forma dinero encarna esta materialización.

h. Por lo tanto, el fetiche del dinero es también el fetiche de la mercancía, porque tanto la forma dinero como la forma mercancía ocultan las relaciones sociales que les dan fundamento y contenido.

Sintetizando, la interpretación marxista sobre la alienación se ubica en el mismo marco del análisis de la ideología del modo de producción capitalista, o sea, de la ideología de la separación, de lo que llamamos fractura en las relaciones sociales.

Los conceptos de enajenación y fetiche apoyan la

investigación del desorden mental, indicando los niveles de frustración, de desgaste, de insatisfacción y enfermedad que se desprenden de esta separación del producto, del otro, de sí mismo. Queda claro que según los términos del marxismo el proceso de enajenación (y fetichización de las relaciones sociales) puede funcionar como factor de desagregación mental a medida que se obstaculiza el paso de la conciencia indivi - dual a la conciencia colectiva.

La elección de las herramientas teóricas marxistas tiene que ver por lo tanto, con la recuperación de los procesos histórico-sociales a nivel de la producción. Vale señalar la importancia de este cuadro de referencia en los términos de nuestros propósitos, porque esto nos permite partir de una consideración esencial: la de que no hay trabajo sinsujeto. Que todo acto de trabajo es también un acto subjetivo de concreción, conformado como proceso de identidad y diferencia. Es en este sentido que el concepto de enajenación se inscribe más claramente dentro de un juego de necesidades en donde se produce un profundo desencuentro entre la objetividad del producto y la subjetividad del productor.

De estas consideraciones se puede concluír según Marx, que la producción enajena. Al analizar como se convierte el dinero en capital, como sale del capital la plus- valía, como la plus-valía engendra más capital, Marx llega a inter - pretar la enajenación como un aspecto esencial al modo de producción capitalista, como algo que se agudizó durante el proceso de acumulación originaria a partir del divorcio entre obreros y trabajo. Capital y trabajo. Medios de producción y trabajo. Pensamiento y producción. Sentimiento y trabajo .

Ejecución y realización. Divorcio que se va a reflejar en la salud del trabajador de diversas formas, siendo una de las más dolorosas: el desorden mental.

3. En este momento, podemos ya preguntarnos cuales son los puntos de encuentro y desencuentro entre la formulación marxista y la formulación foucaultiana sobre la temática de la enajenación y cual es su utilidad en este trabajo.

Antes de esto observamos que no es nuestra intención superponer conceptos o términos. O sea, no se trata de rotular doblemente al enfermo mental llamándolo también enajenado. Por el contrario, lo que se trata es de indicar el estudio sobre la enajenación como fase necesaria del estudio del desorden mental, por considerar la enajenación como siendo uno de sus determinantes sociales.

De una manera general, consideramos (inicialmente), que la síntesis de los elementos teóricos marxistas para la interpretación del desorden mental se materializa en los conceptos de enajenación, fetiche e ideología, en su relación con los conceptos de capital y producción.

Por otro lado, la síntesis de los elementos teóricos foucaultianos para la interpretación del desorden mental se materializa en conceptos de alienación, poder y saber, en su relación con los conceptos de formación discursiva y prácticas de encierro.

En este sentido, la primera interpretación tiene un contenido quizás más a nivel infraestructural, mientras la segunda sugiere un énfasis en el estudio de las supraestructuras. Como vimos, los caminos recorridos por los dos autores son muy diferentes. Llegar hasta el concepto de

alienación implicó para cada uno de ellos, la definición previa tanto de intereses y preocupaciones, como también de prioridades.

Como habíamos señalado anteriormente, el concepto de enajenación en Marx evoluciona hasta el punto en que se afirman los lazos entre enajenación y trabajo. Cuando él plantea la producción como la "enajenación activa" ya empieza a vincular el proceso de extrañamiento del hombre como algo que tiene su origen en el proceso de trabajo. En los Manuscritos de 1844 por ejemplo, ya se ubica la separación: del producto, del trabajo y de los demás individuos. Una separación materializada en la independencia que las personas necesitan mantener entre sí para que puedan vivir su relación como si fuera una relación entre cosas. La tesis central puede ser sintetizada en los siguientes términos: la producción de plus-valía implica no solo la separación de los medios de producción sino también una separación más general entre las propias personas.

El desencuentro entre Marx y Foucault ocurre en el momento en que Foucault disocia trabajo y enajenación, de modo similar (como ya llamamos la atención anteriormente) al Marx de los Manuscritos. Disocia en el sentido de que no vincula necesariamente alienación y trabajo. O sea, la temática de la alienación en Foucault se relaciona con mediaciones hasta cierto punto menos macro-estructurales de aquello que se puede percibir en la teoría marxista.

Mientras esta opera con mediaciones que van desde clases sociales hasta Estado y mercados, desde división del trabajo hasta las distintas formas de propiedad, Foucault

entiende por mediaciones a los micropoderes: las instituciones (familia, escuela, hospitales, cárceles, etc.), las relaciones personales. Esto, está de acuerdo con su objetivo de hacer un análisis "no-económico del poder", observadas las relaciones de fuerza que este implica. (Almeida Filho, 1980 : 118).

Desde el punto de vista filosófico por lo tanto, los planteos de Foucault tienen en consideración la cuestión de la dualidad razón/locura, en el ámbito de una filosofía de la historia. En contraposición a Marx Foucault no discute sobre las condiciones materiales de vida, no obstante tenerlas en cuenta.

A pesar de que para Foucault los conceptos que definen la construcción de la economía política no sean extraños (términos como clase, dominación, ideología, reproducción de capital, valor, etc. están presentes también en su discurso), muy dificilmente se podría interpretar su trabajo desde este ángulo. Esto, porque no habiendo reivindicado jamás el título de economista político, tampoco se preocupó en rediscutir las categorías valor, trabajo, propiedad, etc. Por esta razón, correríamos un riesgo al decir que él las ha presupuesto.

En síntesis, creemos que él incorpora este lenguaje señalando su contenido filosófico y político para denunciar a través de un trabajo sistemático y regular, las formas de exclusión utilizadas por la sociedad burguesa; formas que considera no necesaria y exclusivamente económicas, sino también políticas y morales.

Esta preocupación se cristaliza en el concepto de

"sociedad disciplinaria" y en lo que esto implica: la "red de secuestro" que la sociedad burguesa construye, para separar los que no le sirven. Los que no son funcionales. Según él,

> "La diferencia entre lo que es y lo que no es aparato del Estado no parece importante para el análisis de las funciones de este aparato general de secuestro, la red de secuestro dentro de la cual está encerrada nuestra existencia". (FOUCAULT , 1983: 129).

Esta red, formada por las más distintas instituciones (sean estas pedagógicas, médicas, penales, industriales), sirven para dimensionar temporalmente la vida de las personas, para controlar los cuerpos de los individuos (en las fábricas, hospitales, escuelas, prisiones), para crear un nuevo poder, "polimorfo", "polivalente", a la vez económico, político y judicial, y un saber que controla , observa, clasifica convirtiendo "el tiempo de la vida en el tiempo de trabajo".

En los términos de esta tarea, con la preocupación centrada en la identificación de la locura en un contexto dependiente, lo que se puede concluír de todo esto es que son necesarios los dos enfoques, el marxista y el foucaultiano, para no perder de vista ni los aspectos objetivos ni los subjetivos que estan igualmente en juego en el proceso de alienación. Para no olvidar la importancia de la producción (espacio de la enajenación) ni la importancia de la estructura de micropoderes (espacio de resistencia de la sociedad capitalista). Necesitamos aún, de la contribución de los dos autores para comprender los mecanismos utilizados en la sociedad burguesa de hoy, para someter económica, política y

moralmente, a los individuos. Necesitamos también de ambos enfoques para entender que la problemática de la conciencia individual se ubica como un proceso que se dá en el interior pero también afuera del aparato del Estado. O sea, en el mismo cotidiano.

Sin duda hay una distancia considerable entre Foucault y el marxismo "ortodoxo". Pero no tanto entre Foucault y el marxismo. La "sociedad disciplinaria" de la que habla Foucault es la sociedad burguesa, la sociedad del cambio, del valor, de las cosas de las que habla Marx.Quizás ni siquiera sea un hecho de fundamental importancia el que Marx parta de la producción como "enajenación activa" y que Foucault parta de una perspectiva "capilar" sobre el poder. La consecuencia es la misma: la sociedad burguesa crea contradictoriamente una masa marginal, que necesita definir, identificar y excluír, convirtiéndola en extraña a sí misma. Esta práctica del extrañamiento a su vez, abre la puerta no solo al desorden mental, sino también a un amplio conjunto de enfermedades.

No importa (quizás) si se trata de economía política o de política. Lo que Marx señala enfáticamente a través de la investigación de las contradicciones que se desprenden de la contradicción central entre capital y trabajo, Foucault va a señalarlo a partir de un discurso filosófico - político sobre el desorden: para concluír que estamos separados.

En el fondo, es esto lo que intentaremos demostrar en los últimos capítulos de este trabajo: lo que permite la separación de los locos de Salvador en hospitales y

manicomios es una separación previa, una especie de selección anterior que ya indicaba su inferioridad, una selección que tiene su orígen en el ámbito de la clase social y de las estructuras de poder.

En el capítulo siguiente trataremos de aclarar las relaciones históricas generales entre acumulación y dependencia en Bahía, interpretando el origen de la población sobrante, para comprender las diferencias (de clase) en la salud y en la enfermedad como uno de sus componentes estructurales.

BIBLIOGRAFIA CITADA

ALMEIDA FILHO, Naomar M. de. "Microcrítica de Foucault" in: Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia, Nº 03 , 1980, pp.

FOUCAULT, Michel. La verdad y las formas jurídicas, México , Gedisa, 1983.

FOUCAULT, Michel. La historia de la locura en la época clásica, México, Fondo de Cultura Económica, 1981.

FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber, México, Siglo XXI, 1983.

FOUCAULT, Michel. Historia de la sexualidad, México, Siglo XXI, 1983.

FOUCAULT, Michel. Microfisica del Poder, Madrid, La piqueta, 1979, 2º ed.

MANDEL, Ernest. La formación del pensamiento económico de Marx, Madrid, Siglo XXI, 1974.

MARX, Karl. "Sobre la cuestión judía" in: La sagrada familia, México, Grijalbo, 1983, 13º ed.

MARX, Karl. Manuscritos Económico-Filosóficos de 1844 , México, Grijalbo, 1982.

MARX, Karl. El Capital, Tomo I, México, Siglo XXI, 1983 , 13º ed.

MARX, Karl. Contribuição à Crítica de Economia Política, S.P., Martins Fontes, 1977.

MARX, K. y ENGELS, F. La ideología alemana, México, Cultura Popular, 1979.

MESZAROS, István. La teoría de la enajenación en Marx, México, Era, 1978.

TERAN, Oscar. Michel Foucault. El discurso del poder, México, Folios, 1984, 2º ed.

CAPITULO IV

EL PATRON DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN BAHIA: POBREZA Y LOCURA ENTRAN EN ESCENA.

1. Introducción

Actualmente, resulta imposible teorizar sobre la cuestión de la salud sin antes intentar comprender los determinantes sociales que conjuntamente con los factores orgánicos actuan en el sentido de su reproducción. Particularmente en lo que respecta al tema que nos interesa, salud mental, se vuelve cada vez más difícil negar la importancia que tienen los condicionantes sociales en la producción del stress, la fatiga y el trastorno mental.

Cuando se analizan fundamentalmente sociedades subdesarrolladas, esta determinación social que afecta a la salud necesita ser referenciada a un marco de análisis mayor, que permita la explicación del fenómeno a partir del conjunto de las relaciones sociales. En el caso de Brasil, por ejemplo, algunas observaciones sobre estas condiciones sociales relacionadas con salud y enfermedad, consideramos que deben ser tratadas previamente. Al final de cuentas, Brasil ya fue "el país del futuro", de acuerdo con la ideología

dominante durante el período de la dictadura militar. Hoy, octava economía en el mundo, tercera nación productora de informática, registrando un crecimiento económico medio de 7%, el país se ha transformado en recordista mundial de la deuda económica con los países extranjeros desarrollados, y por otro lado con una deuda económica, social y política con sus ciudadanos, capaz de transformar el cotidiano de los mismos en una eterna incertidumbre.

La herencia del milagro económico que se corresponde con el inicio de los años sesenta es asustadora: miseria , pobreza y enfermedad unidas, produciendo una situación donde "más de la mitad de las familias (52,6%)... se encuentra en una faja que varía de la estricta miseria (28,3%) a la estricta pobreza (24,3%)". (JAGUARIBE et alli, 1986:17). O sea: 28,3 % de las familias brasileras no reciben mensualmente ni el valor de un salario mínimo (el equivalente a 50 dólares) mientras que 24,3 % juntan apenas de uno a dos salarios mínimos para sobrevivir.

Con una población estimada en ciento treinta y cinco millones de habitantes, cuya mitad tiene de veinte a veinticinco años, el país mantiene económicamente activos apenas 52,4 millones de personas. En otras palabras: cerca de la mitad de la población no tiene trabajo, sea porque son muy jóvenes, o demasiado viejos, o enfermos, o porque buscan empleo y no tienen éxito. (Jaguaribe et alli, 1986:16).

Por otra parte, la sociedad brasilera se aproxima a fin de siglo sin haber definido todavía una política de educación y mucho menos de salud para su pueblo. Hasta el momento, los programas de inversión en estos sectores, lo

mismo que en el sector de habitación, tienden a disminuir en función de la voracidad del capital, para el cual, habitar, comer, vestirse y leer representan un lujo solamente comparable con los anhelos de una clase media ansiosa y de una clase dominante destructiva.

En un medio donde la comida escasea, dejando un rastro de muerte, desnutrición y falta de esperanza, la inexistencia de una planificación agrícola continúa permitiendo el aumento considerable de las inversiones en productos para exportación (cacao, café, soja, etc.) que no sirven como alimento para los brasileros y que reducen por otra parte drasticamente las inversiones de los cereales básicos para la alimentación, como es el caso del "feijão", arroz y trigo. Resultando así, que aquellos que no pueden comprar alimentos importados están destinados a morir de hambre.

Cuando hablamos de locura en Bahía-Brasil, queremos en primer lugar tener en cuenta estas evidencias y también algunas otras como las que veremos a continuación. O sea : cuando hablamos de locura en este estado, tratamos de relacionar la pobreza de la sociedad bahiana con el desorden mental. También es válido resaltar que cuando se habla de locura y pobreza en Bahía tampoco se debe olvidar que las clases dominantes del país se valieron de la utilización sistemática de la violencia, de la represión, de la arbitrariedad para el mantenimiento del status quo. Paralelamente a esto, los mecanismos autoritarios dejaron de ser exclusividad del aparato del Estado para pasar a permear las relaciones sociales en su conjunto, formando así una red invisible de "micropoderes" que se encargan del mantenimiento del orden

al nivel de las instituciones sociales, comenzando por su núcleo: la familia.

Es dentro de este contexto altamente represivo, que nuestra sociedad continúa encontrando formas de expoliar, castigar, excluír, fracturar huérfanos y niños abandonados, delincuentes comunes, locos, prostitutas, homosexuales, viejos, como si la exclusión a que es sometida la mayoría fuese poca. Es necesario además golpear ejemplarmente a estas minorías desviadas de su ruta, transformándolos en seres humanos socialmente derrotados.

Queremos resaltar una vez más, que la realización de este trabajo en general y en este capítulo en particular, se basa en el fundamento de que la exclusión del loco no comienza a partir de la internación. Lo mismo como creemos que el niño abandonado no comienza a partir de su abandono, o la del preso en la hora de la prisión ... . Es evidente que la clase dominante pretenda que esto sea creído, pero sabemos también que esto no significa nada más que otro mito. La exclusión del loco, comienza antes mismo de su "locura". O sea: comienza con la vivencia de múltiples situaciones de frustración, capaces de dificultar o impedir la convivencia con la realidad. Como del mismo modo que en el caso de los niños abandonados (posibles infractores del mañana), el abandono comienza antes de que sus padres los abandonen o que mueran. Situación similar a la del delincuente, tal vez todo haya comenzado mucho antes de él convertirse en un delincuente.

Para analizar el patrón de las desigualdades sociales en Bahía, con el objetivo de relacionar pobreza y locura,

comenzaremos por retomar rápidamente algunos puntos esenciales sobre el proceso de acumulación capitalista, lo que nos permitirá tomar el concepto de sociedad dependiente, dando especial atención a las leyes de población peculiares al modo de producción capitalista.

Este esfuerzo nos permitirá mostrar de un modo más objetivo el panorama de la economía bahiana, las condiciones de producción y reproducción de su fuerza de trabajo; permitiendo también la inserción del cuadro general de salud en Bahía (en particular la salud mental) dentro de un marco estructural más amplio que permita relacionar salud y trabajo. Aclaramos desde ahora, que a pesar de que la sociedad brasilera insista en asilar a los locos, encarcelar a los presos comunes, abandonar a los niños a su propia suerte, olvidarse de los ancianos, atacar constantemente homosexuales y prostitutas, la furia del loco, o la violencia del delincuente, o la irresponsabilidad de los niños, o la insanidad de los ancianos, o la irreverencia de los homosexuales, o la negligencia de las prostitutas, nada jamás será igual ni siquiera parecido a la furia, la violencia, la irresponsabilidad, la insanidad, la irreverencia, la negligencia de las clases dominantes que comandan impunemente con puño de hierro, hace exactamente cuatro siglos, la desvastación de este país.

2. Acumulación y dependencia en Bahía: notas sobre población sobrante.

2. 1. Acumulación y dependencia en Brasil.

Desde su descubrimiento, Brasil ingresa en el mundo de las relaciones capitalistas, desempeñando el papel que las metrópolis le atribuyen. Colonia exportadora de materias primas, lugar opcional para migrantes europeos, depósito de las sobras de los métodos de acumulación originaria utilizados por portugueses, españoles y más tarde ingleses, Brasil se transformaría progresivamente en un lugar caracterizado por invasiones, saques, matanzas, depredación de la población y de la cultura local, de violencia contra la naturaleza. Todo esto, sumado a una dependencia administrativa y política, que en el fondo reflejaría una dependencia económica y social la cual marcaría profundamente el perfil estructural de los períodos subsiguientes a la colonización.

Siglos más tarde, el advenimiento de la industrialización va a diversificar la economía del país, superando a la fase de los ciclos exportadores y de las monoculturas, proporcionando un mayor crecimiento de las ciudades y varias alteraciones en el plano de las relaciones de producción y trabajo. La trayectoria de este proceso de industrialización sin embargo, fue lenta y llena de dificultades siendo indispensable para su efectivización sucesivos acuerdos con

las economías centrales. Entre diversos factores, el de las dos guerras mundiales trajo como consecuencia para la economía de Brasil, un proceso que implicó la sustitución de importaciones por una industria liviana productora de bienes de consumo, para cubrir la demanda interna del mercado . Entre las décadas del cuarenta al cincuenta se asiste a la instalación de las industrias pesadas (petróleo y siderurgia principalmente) sin que se pierda con esto el carácter dependiente de las economías centrales.

O sea: el país se desarrolla desde el punto de vista industrial, se modifica el sentido de las relaciones de producción, la economía se diversifica integrando los modos de producción capitalista industrial. pero practicamente la mayoría de las decisiones con respecto a este proceso son definidas por una burguesía internacional, que tiene como aliados locales -evidentemente- a la burguesía nacional y su antiguo camarada: el Estado.

En otras palabras, los frutos de esta colecta no son necesariamente usufructuados por el pueblo brasilero (cuya miseriaen este fin de siglo alcanza niveles escandalosos). Y esto se debe al modelo económico dependiente que Brasil adoptó, que implicaba entre otras cosas un proceso de acumulación basado en una concentración y centralización progresiva. Como prueba de esta realidad, vemos que en 1960,

> "los 60 % más pobres de la población brasilera retenían 23,41 % de la renta nacional, en cuanto los 5 % más ricos retenían 30,66 %" ... en el año 1980 "los 60 % más pobres experimentaron una disminución

de su participación en la renta nacional, para 19,3 %. En cuanto los 5 % más ricos elevaron su participación para 35,19 % ". (FOLHA de São Paulo).*

Por otro lado, la existencia (útil) de formas de producción pre-capitalistas muestra curiosidades en términos de explotación del trabajo del siguiente tenor: recientemente (1986) por ejemplo, la prensa trató de denunciar la existencia de trabajo esclavo en Brasil. Con base en un documento elaborado por la coordenadora de conflictos agrarios del Ministerio de la Reforma y Desarrollo Agrario (MIRAD), se llegó a la conclusión de que la demanda por el trabajo esclavo alcanzaba 167 propiedades agrícolas brasileras, predominando las que se dedicaban al desmatamiento y tala de árboles (58 casos), seguido inmediatamente por propiedades rurales dedicadas a la tala de madera, a la producción de carbón vegetal y reforestamiento (29), usinas de azucar (27), y plantaciones de café (22). (FOLHA de São Paulo).**

Hay quien considere que el MIRAD subestimó este número. De acuerdo con la Secretaría de Trabajo del Estado de San Pablo, "hay trabajo esclavo en todo el Estado", alcanzando un efectivo de 35 mil trabajadores aproximadamente. (FOLHA de São Paulo).*** De los estados brasileros que utilizan

---

* En la oportunidad, el diario "FOLHA de São Paulo", citó los datos del IBGE -Instituto Brasilero de Geografía y Estadística-, 28 VIII, 1983, pp. 10.

** Datos del IBGE -Instituto Brasilero de Geografía y Estadística, citados por "FOLHA de São Paulo; 27 XII, 1986, p. A-11".

*** "FOLHA de São Paulo; 28 XII, 1986, p. A-24".

trabajo esclavo, sea en el caso de las propiedades rurales dedicadas a la tala de madera, como en el de las usinas azucareras, el que se destaca por diversas razones es Bahía.

Actualmente, el ejercicio de trabajo esclavo en Bahía sirve para ejemplificar la situación de heterogeneidad estructural, la cual define el papel que la economía bahiana juega dentro del patrón más general de acumulación del país. Y también sirve para ilustrar la existencia de un amplio contingente de mano de obra disponible que termina por aceptar condiciones de trabajo subhumanas.

2. 2. Acumulación y dependencia en Bahía: la población sobrante.

Desde el siglo XVI hasta la década actual, la economía bahiana ha conocido fases de apogeo y declinio dependiendo del papel que ha tenido que desempeñar en la división regional del trabajo. La característica principal del proceso de acumulación en Bahía, se corresponde con la principal del mismo proceso a nivel nacional: dependencia económica de los centros hegemónicos internos, y más indirectamente del capitalismo internacional.

Los elementos que explican esta situación pueden ser encontrados en el análisis del proceso histórico bahiano, en la comprensión de la evolución económica, social y política, remarcando la falta de autonomía característica común de las sociedades dependientes. En líneas generales, expondremos a continuación las principales fases de este largo período.

De acuerdo con Faria (1980:27), durante dos siglos y medio, Salvador, capital del estado de Bahía, "fue el mayor y el más importante conglomerado urbano brasilero, desde el punto de vista demográfico y funcional". Esto principalmente por ser el lugar de la administración Colonial y el centro comercial más importante del país. En este caso, Salvador no escapó al modelo dominante que tiene la expansión urbana en Brasil supeditada a los ciclos de exportación.

Así, si durante el siglo XVI Bahía vive el auge de la economía azucarera, a partir de la mitad del siglo XVII se dá el declinio de esta economía pasando a ocupar la minera - ción el lugar más importante en términos económicos. O sea, la sociedad sale de un ciclo exportador para entrar en otro , siendo sorprendida en el siglo XVIII por una "estagnación relativa de la economía colonial". (FARIA, 1980).

De hecho, esta estagnación era una consecuencia de que no se hubiesen incrementado actividades productivas alternativas capaces de hacer frente a estas nuevas situaciones. En este siglo (XVIII), el papel del capital que crecía a un ritmo lento, se limita a "centro de oferta de servicios, especialmente de orden comercial." (FARIA, 1980).

Desde el siglo XIX, a las primeras décadas del siglo XX, se producen en el estado algunas "recuperaciones ocasionales de la economía azucarera", lo mismo que en la cultura de exportación donde se produce una diversificación (café, algodón, tabaco y cacao), registrándose en parte, algún dinamismo económico que va acompañado de crisis sean tanto por epidemias como por devastaciones (seca). Paralelamente, las industrias locales de tejidos, alimentos y bebidas proliferan debido a los limitados recursos locales, conquistando algunas fajas del mercado. (Faria, 1980).

Entre 1920 y 1950, la intensificación del proceso de substitución de importaciones en la región centro-sur , alcanza negativamente a la frágil industria bahiana y es a raíz de esta transformación en el patrón de acumulación nacional, que la economía bahiana conoce un período de estagnación, en el cual sobresale la abundancia de mano de obra y la escasez de capitales de aplicación local.(Tavares, 1966).

A partir de 1950, la economía vuelve a crecer con el descubrimiento de petróleo y la creación de SUDENE (Superintendencia de Desarrollo del Nordeste), organismo oficial encargado de definir y administrar una política de incentivos fiscales para la industrialización de la región. (Oliveira, 1980).

La década de 1960 a 1970 asiste a nuevas transformaciones: son creados el Centro Industrial de Aratú (agrupando varias empresas que fabrican desde zapatos hasta máquinas y motores), y el Polo Petroquímico de Camaçari, (complejo de industrias petroquímicas). Al mismo tiempo, la política

oficial de turismo trabaja en el sentido de ampliar el mercado turístico de la capital del estado y sus áreas limítrofes, favoreciendo el crecimiento de actividades ligadas a hotelería y al resto de los servicios: restaurantes, transporte, comercio, etc.

Este crecimiento industrial, sin embargo, no representa un cambio sustancial para la población bahiana, estimada en 1985 en 10.696.043 habitantes.* Evidentemente, fue ampliada la demanda de trabajo técnico calificado favoreciendo así el incremento de sectores medios profesionales. Del mismo modo se dió un incremento de oferta de servicios. Pero la prueba de que estas medidas no tuvieron en cuenta a la mayoría, en términos de beneficios, queda demostrado en los datos obtenidos por el IBGE en 1985,

> "el conjunto de aproximadamente cuatro millones de personas de diez años y más de diez, con remuneración, poco más de la mitad (51 %) recibían hasta un salario mínimo, la gran mayoría (3/4) recibía hasta dos salarios mínimos y solo 3 % ganaba arriba de diez salarios mínimos". (SEPLANTEC, 1986: 256).

Esto significa que

> "en el conjunto de la población económicamente activa, 12 % estaban subempleados y 36 % eran desempleados o estaban ocupados con remuneración inferior a un salario mínimo".

---

* De los 10.696.043 habitantes estimados por el IBGE en 1988, 1.696.043 se concentra en Salvador.

Por otro lado,

> "80 % de los domicilios particulares no tenían en 1980, instalaciones sanitarias (red cloacal o fosa séptica) y más de 40 % no tenían abastecimiento de agua de la red general ni siquiera de pozo". (SEPLANTEC, 1986: 256 y 257).

Tomando los datos de esta misma fuente, vemos que teniendo en consideración la concentración de la renta actual a partir del análisis de la renta del Estado, la situación actual es la siguiente:

> "el grupo constituído por 1 % de las personas más ricas absorvía en 1970, aproximadamente 19 % del total de la renta personal del Estado, tajada que se reduce un poco en 1980 (18 %) ... Entre 1970 y 1980, "la parcela del 5 % más ricos, mientras tanto, mantuvo en estos dos momentos su participación en el total de la renta personal: 38 %".... mientras que el grupo de los 10 % más ricos "aumentó su porción de 49 % para 50 %". Por otro lado, como era de esperar, "el grupo de los 20 % más pobres, sufrieron pérdidas en este período, porque su participación declinó de 4,3 % para 3,8 %". (SEPLANTEC , 1986: 253).

Observamos aún que la década actual asiste a un proceso de concentración de renta y de capital que supera en media, la media brasilera. De acuerdo al SEPLANTEC, CEI (1986: 245), en 1980,

> "el conjunto de las sociedades anónimas que representaban 13,3 % de las empresas industriales, participaba con 86,6 % del total de la producción, utilizaba 46,9 % de la fuerza de trabajo y generaba 87,4 % del excedente. La relación salarios/valor de transformación industrial en Bahía era de 13,4 %, mientras que la media nacional

estaba en 17,5 %."

Es en este marco más general que nos gustaría insertar algunas consideraciones sobre población excedente, porque la comprensión de este aspecto en particular, nos ayuda a entender mejor la situación de una parte considerable de los internados en los hospitales psiquiátricos de Bahía, cuya condición en el mercado de trabajo en las fases anteriores a la internación, pueden ser tranquilamente referidas a este concepto.

Al exponer los fundamentos de la ley general de acumulación capitalista, Marx llamó la atención sobre los siguientes aspectos:

a. La composición orgánica de capital, o sea, la proporción de gastos con medios de producción de un lado, y trabajo del otro, ejerce influencia sobre el destino de la clase proletaria, en la medida que los primeros gastos superen la inversión en la fuerza de trabajo. (Marx, 1982).

b. El proceso de acumulación tiende a reproducirse en escala ampliada, dando lugar a la creación y reproducción de dos polos antagónicos: de un lado, el sector que concentra el capital. Del otro, los asalariados.

c. La caída relativa del capital variable determina la producción gradual de una "superpoblación relativa" o "ejército industrial de reserva". Y con respecto a esto, Marx comenta:

> "la acumulación capitalista produce constantemente, en proporción a su intensidad y a su extensión, <u>una población obrera excesiva para las necesidades medias de explotación de capital</u>, es decir, una población remanente o sobrante", ...determinando así, " una <u>ley de población</u> peculiar del <u>regimen de</u>

> producción capitalista." ...Por lo tanto,.. "al producir la acumulación del capital, la población obrera produce también, en proporciones cada vez mayores, los medios para su propio exceso relativo. (MARX,1980:253/254).

d. De este modo,

> "el exceso de trabajo de los obreros en activo engrosa las filas de su reserva, al paso que la presión reforzada que ésta ejerce sobre aquellos, por el peso de la competencia, obliga a los obreros que trabajan a trabajar más y a someterse a las imposiciones del capital." (MARX, 1980: 538).

De todo esto se deduce que a una creciente acumulación de capital, le corresponde también un creciente aumento de miseria.

Sin desconocer la polémica sobre los conceptos de superpoblación relativa y ejército industrial de reserva, entendemos que los fundamentos que acabamos de sintetizar pueden servir para aclarar situaciones concretas. Del análisis de la caída de los salarios en Bahía, por ejemplo, a partir de la interpretación de la estructura del producto interno bruto per capita, se comprueba lo siguiente:

> "cuando el producto interno bruto per capita en Bahía es comparado a la evolución del salario mínimo medio del período 1975/1985, se observa la triste pérdida del valor del salario con respecto al producto: si en 1975 el salario mínimo representaba cerca de 8,3 % del PIB por habitante, en 1980 significaba 5,2 % y en 1985 esta relación fue de solo 4,6 %". (SEPLANTEC, 1986: 255).

Por otro lado, es necesario resaltar que la disminución que sufrieron los salarios reside directamente en el crecimiento de la industria. Una vez más, tomando en considera -

ción la estructura del producto interno bruto por referencia, observamos lo siguiente: si en 1949, "el valor bruto de la producción de toda la industria de transformación era inferior al del comercio y de la agricultura, en 1975, la industria participaba con 13,7 % del total (del PIB), mientras que la agricultura y el comercio son responsables por 13,2 y 17,0 respectivamente". Mientras tanto, "la química retiene una participación de 36,7 % del valor agregado por la industria, habiendo crecido a una tasa de 22,2 %"... En 1980, "la industria ya es responsable por el 21,2 % del PIB bahiano, contra 19 % del comercio y 9,6 % de la agricultura", habiendo ampliado la química su participación "en el valor agregado por la industria, superando el 50 %." (SEPLANTEC, 1986: 245/247).

Como acabamos de ver, el proceso industrial implicó la modernización de sus fuerzas productivas, al mismo tiempo que la diversificación de la economía, el incremento de los servicios y del comercio, pero esto no significó necesariamente un aumento salarial y/o mejores condiciones de vida para la mayoría de la población. Por el contrario, estas condiciones pueden agravarse como consecuencia de la falta de oportunidad de trabajo y de concentración de renta y capital generadas por este mismo proceso.

En los capítulos siguientes, particularmente en el capitulo V, volveremos a tomar nuevamente estas consideraciones que tratan sobre la dinámica ocupacional de la población sobrante a fin de caracterizar mejor el perfil socio - económico de la población investigada en este punto. Por ahora, a título de conclusión de estas páginas preliminares sobre la evolución de la economía bahiana y la creación de un contingente excedente, queremos llamar la atención, sólo para algunos aspectos:

a. La expansión del capitalismo en Bahía se dá dentro de un contexto de dependencia económica, dejando de atender las necesidades económicas propias del Estado, para venir a atender la de los intereses externos.

b. Esta expansión se encuentra con modos de producción existentes, particularmente los de producción de mercaderías simples, doméstica y artesanal, las cuales van siendo integradas, destruídas o inmovilizadas; esta situación va a provocar un aumento de mano de obra ociosa sin posibilidades de ser absorvida, porque la industria absorve solamente una pequeña proporción de esa población económicamente activa. Esto explica la existencia actual en Bahía de 12 % de subempleados y 36 % de desempleados considerando el total de la población económicamente activa, (PEA).

c. La permanencia de esta heterogeneidad estructural a lo largo del tiempo, indica su utilidad en relación al patrón más general del proceso de acumulación en el país. En este sentido, la falta de articulación que muchas veces puede ser observada entre el segmento industrial y las fuerzas productivas locales se explica en función de la falta de interés de esta articulación. (Carvalho et Souza, 1980).

d. Los efectos dinámicos de la industrialización se concentraron sobre la industria textil, comercio, transportes, construcción civil, "reforzando la característica preexistente de una estructura productiva urbana particularmente concentrada en este sector (terciario)". (CARVALHO et SOUZA, 1980: 81).

A partir de este marco más general, podemos ahora considerar los efectos de esta situación sobre el estado de

salud de la población bahiana, tratando así de especificar sus condiciones de salud mental.

3. Efectos de la dependencia económica sobre la población bahiana: desigualdades sociales en la enfermedad y en la salud. Creación y expansión de la práctica asilar.

3. 1. El cuadro general de la enfermedad en Brasil.

Así como el proceso de acumulación en Bahía, no puede ser entendido si una referencia a la situación del país en su conjunto, la cuestión de la salud tampoco es entendida si no se hace referencia a un marco de análisis más amplio.

La cuestión de la enfermedad en Brasil vista de una manera general, muestra un cuadro desolador. De acuerdo a datos de la UNICEF, en 1985 cada 5 minutos morían 7 niños en la faja de 0 a 5 años víctimas de varias epidemias. Esto significa que

> "en 1986, muchas familias brasileras de las camadas más pobres necesitaron comprar más cajones que cunas, porque más de 300 mil de sus hijos murieron antes de completar un año de edad". (ISTO É, 1985).*

La misma fuente, cita nuevos datos que sirven para la explicación de este tipo de situaciones: en 1985, el presu

---

* ISTO É, 25. XII. 1985. "Especial - Valiosas Crianças ", pp. 46/54.

puesto para la salud hecho por el gobierno brasilero, no alcanzaba ni a la tercera parte del gasto efectuado por el país, con la ayuda dada a los tres bancos quebrados durante el último período del año anterior.

Lamentablemente, estos datos son comparables con otros igualmente asustadores: actualmente en Brasil, se estima en 36 millones los niños abandonados por las calles, siete millones son huérfanos, permaneciendo al margen de las campañas de salud, de saneamiento básico, educación y otros tipos de asistencia.

Es evidente que la falta de recursos, la ausencia de una política nacional de salud, sumado a la concentración y miseria del pueblo brasilero, posibiliten altos índices de epidemias en el país. Estadísticas recientes hechas por los organismos de salud, demuestran que existen todavía enfermedades medievales como por ejemplo la peste bubónica. Existiría un foco natural en el estado de Pernambuco, en el Nordeste de Brasil, y se habría extendido por el estado vecino de Paraiba, "donde ocurrieron 61 de los 84 casos notificados en el país". (FOLHA de São Paulo, 1987).*

La malaria a su vez, persiste principalmente en el norte del país, habiéndose registrado en 1986, 430 mil casos, en cuanto eran confirmados 398 casos de poliomielitis. Hay que destacar que hubo un progreso de estas enfermedades en el año 1986, porque en 1985 se habían registrado 399 mil casos

---

* FOLHA DE SÃO PAULO, 05/01/1987, pp. A - 12.

de malaria y sólo 175 de polio. Lo curioso es que esto ocurra exactamente con el actual gobierno, (gobierno Sarney),el cual de acuerdo a la prensa local, en el año 1985, había hecho un corte de 50 % en los ministerios del ámbito social, incluyendo Salud y Previsión.

Con respecto al sarampión, el Brasil mantiene uno de los índices más altos del mundo habiéndose notificado 63.224 casos. Si se tiene en cuenta que pocos son los casos notificados, se puede fácilmente duplicar y triplicar este número, obteniéndose de esta forma un cuadro más realista de esta situación en particular, lo mismo que de las otras epidemias aquí mencionadas.

Mientras tanto otras enfermedades proliferan.El dengue por ejemplo, una especie de fiebre que trae mal estar, disentería, dolores, etc. El mosquito que la transmite se introdujo en el Brasil, sin que se haya hecho nada para controlarlo. Actualmente, el total de casos registrados supera los 473 mil, siendo evidentemente que la mayoría de los casos pertenecen a la población más pobre.

En este cuadro general, no es de extrañar que la salud mental del brasilero también haya sido alcanzada por esta misma situación, según Espinheira Filho (1983: 146).

> "datos de la pericia médica de INAMPS (Instituto Nacional de Previdencia Social) muestran que las enfermedades mentales son la primera causa de falta de capacitación temporaria para el trabajo, con más del 15 % del total de incapacitados".

Es válido resaltar, que en este cuadro más general también se incluyen situaciones de extrema gravedad, que proliferan mucho más que las epidemias y reflejan sus graves con

secuencias en la salud del brasilero. Una de estas graves situaciones es la del tránsito, considerada la tercera causa de muerte en el país, y que "continúa a ocupar tristemente el primer lugar mundial en materia de accidentes de tránsito". Es conocido, que por lo menos 90,0 % de estos accidentes son causados por la imprudencia o imperícia de los conductores, siendo esto ocasionado en gran medida por la existencia de una legislación condescendiente que absuelve o multa con sumas ridículas a los reincidentes de las infracciones. (Diario Catarinense, 1986).

3. 2. El cuadro general de la enfermedad en Bahía.

En Bahía, la situación general no es menos grave. Según la Secretaría de Salud de este estado (1986 : 02): "la desnutrición está presente como causa básica y/o asociada, en 605 de los 3.312 óbitos de menores de un año , ocurridos en Salvador en 1980". Esto significa una mortalidad proporcional por desnutrición de 18,3 %. También se constata la "alta participación de enfermedades evitables por saneamiento básico y por medidas de salud pública".

La ausencia de tales medidas es responsable por el alto índice de enfermedades infecciosas y parasitarias (16,4 %). Estas, después de las enfermedades del aparato circulato

rio (26,9 %) son responsables por el mayor número de muertes. Entre las enfermedades que deben ser notificadas de forma compulsoria, el coeficiente de mortalidad cada 100.000 habitantes en el año 1982 era el siguiente: en primer lugar la tuberculosis pulmonar con un coeficiente de 85,9 %. En segundo lugar la hepatitis con 42,9 %. En tercer lugar la coqueluche y el sarampión con una supremacía de 29,8 y 23,4 % respectivamente.

Por otro lado, la expectativa de vida coincide con el coeficiente medio previsto para el Nordeste del país (51 años), menor por lo tanto, que la media prevista para el conjunto del país (60,1 años). (Jaguaribe, 1986: 20).

La privatización y centralización de los servicios médicos constituyen la otra fase del problema de salud en Bahía. Según la Secretaría de Salud, el estado cuenta con 2.430 establecimientos, de los cuales 71,84 % pertenecen a la red pública. Con respecto a los establecimientos hospitalares, la misma fuente resalta la "fuerte presencia del sector privado" que retiene 72,4 % de los hospitales generales y 79,6 % de los especializados, además de ser responsable por la oferta de 64,45 % de las camas disponibles.

En términos generales, de acuerdo a esta Secretaría,

> "la política de salud en Bahía, no ha contemplado los problemas de mayor magnitud , privilegiando la asistencia hospitalar de

> alto costo y baja efectividad, concentrando desiciones en una elite burocrática a nivel central que dificulta la regionalización de los servicios de salud y la participación comunitaria en los programas de salud ". (SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE BAHIA, 1986: 14).

Estos datos siven para demostrar que la cuestión de la salud en Bahía, tal como ocurre en el resto del país, es principalmente una cuestión de clase. O sea, aquellos que padecen de enfermedades infecciosas, que serían controlables actualmente a través de medidas simples por los organismos de salud pública, o los niños que mueren cuando nacen por causa de la deshidratación, diarreas, desnutrición, provienen de los estratos más bajos de la población en términos de renta y consecuentemente de acceso a los servicios, particularmente los de salud.

Vemos por lo tanto, que al ser excluídos amplios contingentes de la población de la participación en la estructura productiva, el modelo brasilero de desarrollo dependiente origina una desigualdad económica entre los ciudadanos, que va a reflejarse, particularmente, en una profunda desigualdad en la salud y la enfermedad.

3. 3. La práctica asilar como reflejo de las desigualdades sociales: el caso del desorden mental.

En el caso bahiano, en lo que respecta especifica-

mente a las enfermedades mentales, Souza realizó en 1984 un análisis crucial para la comprensión de este patrón de desigualdad económica, social y política. Más adelante tendremos que volver a los resultados de este estudio pero. con mayor grado de detalle. Por el momento, vale destacar que la intención del autor es

> "estudiar como la locura en general (o cada enfermedad mental en particular) se distribuye de forma desigual entre el lado opulento y el lado marginal de la ciudad y como las desigualdades se producen a nivel de las formas institucionales de tratamiento". (SOUZA, 1984: 05).

La realización de esta intención por parte del autor, permite que a través del análisis de la hospitalización psiquiátrica en el contexto de una sociedad dependiente, la enfermedad mental, "el saber que la reconoce y las formas institucionales de tratamiento psiquiátrico" puedan aparecer como "fenómenos determinados por las relaciones sociales de producción vigentes en una dada formación social". (SOUZA, 1984: 17).

Dentro de esta óptica, el autor concluye en algunos aspectos que son esenciales para los objetivos de este estudio y que describiremos a continuación:

a. La vocación histórica de los asilos en el Brasil y en Bahía tiene que ver con la existencia de un excedente poblacional y de forma similar a lo que ocurrió en Europa, el tratamiento de la locura se relaciona con la creación por parte del Estado de una "amplia estrategia de

control social, accionada por sus aparatos directos, y también por el conjunto de las instituciones civiles y religiosas solidarias con el proyecto hegemónico". (SOUZA , 1984: 50).

b. En otros términos: el crecimiento de una masa marginal dentro de los centros urbanos, al mismo tiempo que representa una de las condiciones fundamentales de reproducción del regimen burgués, también representa contradictoriamente, una amenaza y un foco de tensiones que necesita del surgimiento de "una vasta red de asistencia a la pobreza y a la mendicidad", dentro de la cual se inscribe la institución psiquiátrica.

c. Esto explica el hecho de que la gran mayoría de la población de internados en hospitales psiquiátricos en el Brasil sean desocupados, campesinos (mano de obra sobrante del campo) trabajadores brazales, vendedores ambulantes , domésticas, etc.

d. El papel que la psiquiatría juega en este contexto puede ser definido en términos ideológicos. En este sentido, o sea, en lo que se refiere a su importancia durante el proceso de producción y reproducción de la fuerza de trabajo, la psiquiatría selecciona psicológicamente, repara (intenta ajustar), disciplinando a los trabajadores que muestran "desajustes" y por último también termina excluyendo.

e. "El perfil de las desigualdades sociales" favorece el ejercicio de la psiquiatría en lo referente a las diversas modalidades de atención (asilar, privada,contractual, enfermería, clínica), que le permiten de esta forma actuar dentro de "un patrón de calidad diferenciado". O sea: con

criterios de atención diferenciada de acuerdo al "poder contractual" del cliente.

En este sentido, el autor concluye que la condición de clase sería uno de los factores que determinan las propias condiciones de recuperación de los pacientes. Evidentemente, que si el paciente ingresa al hospital ya como un sujeto marginal de una estructura productiva (porque en ella está inserto de forma marginal a los esquemas hegemónicos de producción) y si por esto mismo, debido al contingente de mano de obra sobrante su recuperación no es "necesaria", su marginalización se verá también reflejada en la forma como será conducido su tratamiento.

3. 4. La institución psiquiátrica y el control de las masas marginales: la situación en Brasil y Bahía.

Es importante resaltar que la vocación histórica de la institución psiquiátrica en el sentido de controlar la masa marginal, queda nítidamente delineada desde el inicio de la práctica asilar en el Brasil.

De acuerdo con Amarante (1983:149/150), es a partir de 1830, cuando se realiza un diagnóstico sobre los locos por primera vez en el país, que es iniciada la práctica asilar en el Brasil. Desde esta época, "los locos eran encontrados entre los miserables, marginales, pobres y otros parias sociales", siendo en su mayoría "trabajadores, campesinos, desempleados, negros, indios, degenerados, peligrosos en general, 'retirantes'".

Antes de esto, durante el período colonial, el loco no recibía cuidados específicos. Según Jacobina (1982:37), la posibilidad de ser atendido dependía de la propia situación económica de los individuos. Así, para los "locos pobres" eran reservadas las calles y las prisiones, mientras que los "locos ricos" eran atendidos en el ámbito familiar.

El inicio del siglo XIX, tiene como característica en lo referente a la cuestión que estamos tratando, la participación efectiva de la Iglesia en el confinamiento del loco. Es a partir de esta época que

> "los insanos pasaron a ser recibidos también en las celdas o enfermerías de los hospitales de la Santa Casa de la Misericordia, en el confinamiento indiferenciado que albergaba la parcela de 'desválidos' o 'indigentes'." (JACOBINA, 1982: 38).

Fundada en 1498, la Santa Casa de la Misericordia actuó durante todo el proceso de colonización del Brasil como aparato ideológico del Estado. En sus hospitales (fundado el primero de ellos en 1543), mantenidos mediante donaciones, se hospedaban huérfanos, viejos, mendigos, etc., con una atención médica precaria o inexistente en la mayoría de los casos.

En estos hospitales, es que en épocas posteriores tendrá inicio la práctica de separación entre los locos, surgiendo así las primeras enfermerías o celdas. En 1808, un acontecimiento político relevante va a afectar la estructura de la sociedad brasilera, resultando en un fortalecimiento de la medicina y en una fuerte tendencia a la hospitalización. La familia real portuguesa se transfiere para el Brasil, lo que trae aparejado transformaciones en las relaciones económicas, sociales y políticas dentro del propio país como en el exte -

rior: crecen los centros urbanos, se intensifica el comercio, se complejiza la estructura institucional del Estado, se dinamiza la sociedad civil, etc.

Según Machado et alli (1978), la creación de instituciones médicas fue consecuencia de una lucha entre médicos y otros sectores, que se terminó configurando como una lucha por autonomía y reconocimiento público: se trataba de medir las fuerzas con la Iglesia, la homeopatía, el charlatanismo y la medicina popular. De establecer el monopólio de la medicina con base en una estrategia donde el discurso y la práctica médica recibieran un status científico.

Es en este contexto que tiene inicio el largo proceso de la psiquiatrización de la locura. Y poco tiempo después de que la Sociedad de Medicina y Cirugía de Rio de Janeiro le adjudican "a los locos, los hospicios" (como resultado del diagnóstico que se realiza sobre la situación de los locos en Brasil), es fundado el primer asilo del país: el asilo D. Pedro II, inaugurado en 1852 en Rio de Janeiro. (Machado et alli, 1978: 376).

Jacobina comenta al respecto de este proceso de psiquiatrización, que fueron cuatro los componentes del mismo:el nacimiento del asilo, "a través del cual se especifica y se fortalece la estrategia del confinamiento de la locura"; "la institucionalización de la enseñanza de la Medicina Mental" ; "la secularización del asilo", a través de la clara delimitación del espacio de la Iglesia y del espacio de la Medicina ; "la promulgación de la ley Federal de asistencia a los alienados,en 1903, instrumento jurídico que marca la consolidación de la hegemonía médico-psiquiátrica en el cuidado de la locura." (JACOBINA, 1982: 43/44).

La legitimación de la idoneidad médica fue el hecho

detonante para la expansión del número de asilos en el país . Estos, hasta el día de hoy, se caracterizan por estar siempre superpoblados, por no tener los recursos necesarios, por el fracaso de la propuesta inicial de cura. En este sentido, en nada se diferencian del asilo D. Pedro II que en 1877, albergaba una

> "mayoría aplastante de incurables ... que transforman el hospicio en una institución caritativa, que recoge aquellos que nunca más podran ejercer una actividad útil a la sociedad". (MACHADO et alli, 1978: 475).

La mayoría de estos incurables eran sin recursos.

Bahía acompañó este proceso de psiquiatrización, y en 1874 es inaugurado el primer asilo bahiano: el asilo de la Santa Casa en Bahía. Con esta nueva situación el loco es transferido de los hospitales de la Santa Casa de la Misericordia y de las de Corrección para el asilo. Este nació de una

> "unión contradictoria entre la Santa Casa de la Misericordia, fracción del aparato religioso, aparato ideológico dominante bajo el Estado monárquico, y el aparato médico en formación, todavía en lucha por la hegemonía en el cuidado de la enfermedad (y la locura en particular)". (JACOBINA, 1982: 56).

De acuerdo al mismo autor, se confirma que en los asilos la mayoría de los internados es originaria de la masa urbana. Así, vemos que desde el inicio la tendencia de los asilos es funcionar también como un "depósito de enfermos irrecuperables" de extracción pobre.

Esta tendencia, de acuerdo a lo que veremos en los capítulos siguientes, se mantiene inalterada hasta hoy, cuando a cambio de pan, medicina, una cama y un techo, los internados permanecen en esta condición, debido a la falta de alternativas sea en el plano material sea en el plano emocional. Una falta de alternativas que ha acompañado al trabajador bahiano de manera general, y de forma específica en las últimas décadas de este siglo, cuando la industrialización en Bahía se expande, pero sin lograr crear una oferta de empleo, capaz de absorber de modo equilibrado, a la población obrera.

BIBLIOGRAFIA CITADA

AMARANTE, Paulo Duarte de. "Asilos, alienistas e alienados " in: A Saúde no Brasil, 1 (3), julho/setembro, 1983, pp. 149/152.

CARVALHO, Inaiá M. M. de. e SOUZA, Guaraci A. de. "A produção não-capitalista no desenvolvimento do capitalismo em Salvador" in: SOUZA, Guaraci A. de. e FARIA, Vilmar , (orgs.), Bahía de Todos os Pobres, Petrópolis, Vozes - CEPRAB, 1980, pp. 23 a 40.

ESPINHEIRA FILHO, Cândido F. Editorial de A Saúde no Brasil, 1 (3), julho/setembro, 1983, p. 146/148.

FARIA, Vilmar. "Divisão interegional do trabalho e pobreza urbana: o caso de Salvador", in: SOUZA, Guaraci A. de. e FARIA, Vilmar. (orgs.), Bahía de Todos os Pobres, op. cit.

FOLHA DE SÃO PAULO, "A herança do milagre. A crise deixa o país pobre, doente e endividado", 1º caderno, 28. VIII. 1983, pp. 10.

FOLHA DE SÃO PAULO. "Documento denuncia trabalho escravo em 167 fazendas", reportagem de Rosana Garcia, 27; XII . 1986, pp. A - 11.

FOLHA DE SÃO PAULO. "Trabalho escravo atinge 35 mil em São Paulo, afirma secretária", 28. XII, 1986, pp. A - 24.

ISTO É. Reportagem especial: "Valiosas crianças" pp. 46/54 , 25. XII, 1985.

JACOBINA, Arnaldo R. O asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia, Salvador, UFBA, Mestrado em Saúde Comunitária, Tese de Mestrado, 1982.

JAGUARIBE, Hélio et alli. Brasil, 2.000, R.J., Paz e Terra, 1986.

MACHADO, Roberto et alli. Danação da Norma, R. J., Graal, 1978.

MARX, Karl. "La ley general de la acumulación capitalista", in: El Capital, México, Fondo de Cultura Económica, Tomo I, 1982, cap. XXIII, 517/606.

OLIVEIRA, Francisco de. "Salvador: exilados de opulência (expansão capitalista numa metrópole pobre)", in: SOUZA, Guaraci A. de. e FARIA, Vilmar. (orgs.), Bahia de Todos os Pobres, op. cit. pp. 09 a 21.

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DA BAHIA. " Programação - Orcamentação Integrada", Comissão Interinstitucional de Saúde, 1986, mimeo.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA, Informe Cojuntural, 8, PIB-BAHIA 1975/1985, Centro de Estatística e Informações, Agosto de 1986.

SOUZA, Abnoel Leal de. Bahía de todos os loucos, um estudo de psiquiatria social, Salvador, Contemp, 1984.

TAVARES, Luís H. Dias. O problema da involução industrial na Bahia, Salvador, UFBA, 1966.

SOUZA, M. C. G. "Doenças dos Nervos, uma estratégia de sobrevivencia", in: A Saúde no Brasil, op. cit. pp. 131 /139.

CAPITULO V

CARACTERIZACION SOCIO-ECONOMICA DEL TRABAJADOR BAHIANO: PERFIL SOCIO-ECONOMICO DE LOS PACIENTES DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS.

1. Introducción

El análisis del patrón de desigualdades sociales en Bahía, realizado en el capítulo anterior, posibilitó el entendimiento de la creación y expansión de la práctica asilar por un lado, y del cuadro general de enfermedades en Brasil y Bahía por otro, como consecuencias de la relación entre el proceso de acumulación y la situación de dependencia económica de nuestra sociedad.

En el presente capítulo intentaremos aclarar la situación actual del trabajador bahiano, discutiendo con mayor detalle las consecuencias sociales de la expansión del capitalismo en Bahía. Nuestra intención al plantear las condiciones de vida del trabajador bahiano es demostrar a través de varios indicadores sociales, la creciente pauperización a que se ve sometido, destacando la categoría trabajo como instrumento teórico capaz de fundamentar la relación que proponemos entre locura y pobreza en Bahía.

En seguida relacionamos esta situación con los

aspectos generales de salud, con énfasis en las cuestiones de salud mental, discutiendo los tipos de atención, evaluando sus resultados, identificando su clientela.

Por último, analizamos los datos de la investigación que realizamos en 1983 en dos de los hospitales psiquiátricos de la ciudad de Salvador, interpretando las condiciones socio-económicas de su población, en términos de orígen, trabajo, educación, etc.

Los indicadores sociales analizados aquí deben ser entendidos como expresión de la exclusión, dominación y enajenación del trabajador bahiano. Su locura, a su vez, puede ser interpretada como una de las "salidas" estrategicas que termina por aceptar para sobrevivir, aunque el costo de esta supervivencia sea el despojo de su dignidad personal, el sometimiento de su emocionalidad, la negociación de su identidad personal.

2. Situación socio-económica del trabajador bahiano: una cosa de loco.

La situación actual de trabajo y renta de la clase trabajadora en Bahía, particularmente en la ciudad de el Salvador, será analizada en este capítulo en sus aspectos generales, presuponiendo (de acuerdo con los términos del capítulo IV) que la expansión del capitalismo ocurre dentro de un contexto de dependencia económica que atiende en primer lugar, los intereses externos en contrapartida con las propias necesidades económicas del Estado. Por otro lado también presuponemos que esta expansión, en el inicio, se encuentra con modos de producción de una etapa anterior, los cuales son integrados, o destruídos, o estagnados por el modo de producción hegemónico, lo que resulta en detrimento de la fuerza de trabajo, constituyéndose de esta manera un amplio excedente en la población representado actualmente en Bahía, por un contingente de 12,0 % de subempleados y 36,0 % de desempleados, sobre una población total de 10.650.825 habitantes. (Ver tabla I).

Los indicadores sociales considerados para esta población muestran que la situación socio-económica de los mismos se caracteriza por un nivel de carencias que determina un patrón de calidad de vida muy por debajo de lo que sería la media de consumo prevista para el mantenimiento de la salud. De acuerdo con el Centro de Estadísticas e Informaciones de la Secretaría de Planificación, Ciencia y tecnología del Estado de Bahía, la población con 10 años o más, alcanzaba en

TABLA 01
POBLACION RESIDENTE POR SITUACION DE DOMICILIO
BAHIA
1980-85

AÑOS	POBLACION RESIDENTE					
	TOTAL		URBANA		RURAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1980	9.454.346	100,0	4.660.304	49,3	4.794.042	50,7
1981	9.737.674	100,0	5.127.034	52,7	4.610.640	47,3
1982	9.968.593	100,0	5.256.375	52,7	4.712.223	47,3
1983	10.162.589	100,0	5.510.577	54,2	4.652.012	45,8
1984	10.403.852	100,0	5.510.800	53,0	4.893.052	47,0
1985	10.650.825	100,0	5.640.485	53,0	5.010.340	47,0

Fonte: IBGE - Censo Demográfico da Bahía - 1980
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - Bahía 1981 - 85
Elaboração e Cálculo: CEI/GIN/GT Indicadores Sociais

1981, en la ciudad de Salvador los 1.353.971 habitantes, la población económicamente activa, para el mismo año, fue estimada en 811.028, mientras la población ocupada se limitó a 763.025.(ver tabla 2).

De manera general, en lo que resta del estado y en todo el país, el rendimiento de la población es muy bajo.Así, se observa en la tabla 2 que en el año 1984, 31,4 % de la población de la ciudad ganaba menos de un salario mínimo por mes, 20,6 % oscilaba entre 1 y 2 salarios, 27,3 % entre 2 a 5 salarios y apenas 18,7 % arriba de los 5 salarios mínimos.

Los datos referidos a la ocupación de la fuerza de trabajo por ramos de actividad explican en parte esta situación, en la medida que demuestran que la ciudad continúa funcionando fundamentalmente como un gran mercado de servicios y de comercio de mercaderías, sectores donde se encuentra concentrada 25,5 % y 14,4 % de la fuerza de trabajo respectivamente. La industria de transformación sumada a la de la construcción civil es responsable por la ocupación de 19,3 % mientras que a la administración pública le corresponde un índice de 18,3 % de la población.

De acuerdo con el Ministerio del Trabajo, el análisis de la oferta de empleos (considerando las clases de salario mínimo), muestra más claramente las razones del empobrecimiento de la clase trabajadora Bahiana. Teniendo en consideración los años de 1983 y 1984, esta oferta (de acuerdo con lo observado en la tabla 3) se concentra fundamentalmente alrededor de las fajas salariales que comprenden de 1 a 2 salarios mínimos (38,1 % para el año de 1983 y 38,4 % para el año de 1984) y de 2 a 3 salarios

TABLA 02
DISTRIBUCION DE LA POBLACION OCUPADA SEGUN SU SITUACION DE TRABAJO
REGION METROPOLITANA DE SALVADOR 1981, 83, 84

DISCRIMINACION	AÑOS 1981 Nº	1981 %	1983 Nº	1983 %	1984 Nº	1984 %
POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS	1.353.971		1.456.606		1.527.789	
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	695.478		734.953		811.028	
POBLACION OCUPADA	645.628	100,0	692.706	100,0	763.025	100,0
SECTOR DE ACTIVIDADES						
Agricola	9.470	1,5	12.587	1,8	14.568	1,8
Industria de transformación	90.083	14,0	83.370	12,0	89.235	11,7
Industria de la construcción	66.737	10,3	70.530	10,2	73.496	9,6
Otras actividades industriales	21.087	3,3	18.542	2,8	18.923	2,5
Comercio de mercaderias	92.018	14,2	103.185	14,9	109.805	14,4
Prestación de servicios	158.599	24,6	172.414	24,9	194.519	25,5
Serv. auxiliares de la activ. econom.	26.940	4,2	26.003	3,9	30.639	4,0
Transporte y comunicación	34.382	5,3	35.696	5,6	41.596	5,5
Social	67.571	10,4	81.759	11,8	82.574	10,8
Administración pública	53.160	8,2	53.428	7,7	63.792	8,4
Otras actividades	25.581	4,0	32.192	4,6	43.878	5,8
OCUPACION						
No específicas	183.795	28,5	196.268	28,3	215.127	28,2
Técnica, científica, artistica y semejantes	67.635	10,5	67.915	9,8	75.616	9,9
Administrativa	116.160	18,0	129.353	18,5	139.511	18,3
Específica	366.240	56,7	387.634	56,0	421.479	55,2
Agropecuaria y prod. extr. vegetal y animal	8.467	1,3	10.958	1,6	12.795	1,7
Ind. de la transformación y construcción civil	140.579	21,8	140.778	20,3	147.493	19,3
Comercio y actividades auxiliares	84.327	13,1	92.451	13,3	99.280	13,0
Transporte y comunicación	33.861	5,2	37.534	5,4	43.868	5,7
Prestación de servicios	99.006	15,3	105.913	15,3	118.038	15,5
Otra ocupación mal definida o no declarada	95.593	14,8	108.804	15,7	126.419	16,6
POSICION EN LA OCUPACION(1)						
Empleados	496.392	76,9	530.780	76,6	572.775	75,1
Cuenta propia	129.669	20,0	137.881	19,9	151.870	19,9
Empleadores	11.491	1,8	13.692	2,0	26.348	3,5
RENDIMIENTO MENSUAL						
Hasta 1/2 s.m.	74.030	11,5	57.002	8,2	87.836	11,5
Más de 1/2 a 1 s.m.	101.781	15,8	135.363	19,5	152.093	19,9
Más de 1 a 2 s.m.	166.457	25,7	164.985	23,8	157.281	20,6
Más de 2 a 5 s.m.	177.317	27,4	189.415	27,5	207.781	27,3
Más de 5 a 10 s.m.	115.724	17,9	132.506	19,1	77.037	10,1
Más de 10 s.m.	8.976	1,4	10.353	1,5	65.666	8,6
Sin rendimiento (2)	1.443	0,3	3.082	0,4	13.795	1,8
Sin declaración	-	-	-	-	1.546	0,2
GRUPOS DE HORAS HABITUALMENTE TRABAJADAS POR SEMANA						
Hasta 39 horas	118.990	18,4	119.101	17,2	166.632	21,8
40 a 48 horas	389.714	60,4	418.720	60,4	450.227	59,0
49 o más	133.269	20,6	148.834	21,5	143.396	18,8
Sin declaración	3.655	0,6	6.051	0,9	2.770	0,4
INSTRUCCION						
Sin instrucción-menos de 1 año	84.849	13,1	78.143	11,3	86.560	11,3
1 a 4 años	191.136	29,6	190.419	27,5	209.234	27,4
5 a 8 años	169.591	26,1	206.916	29,8	212.203	27,8
9 años o más	195.499	30,3	215.777	31,1	251.497	33,0
Años de estudio no determinado	5.553	0,9	1.851	0,3	3.541	0,5
SEGURIDAD SOCIAL						
Contribuyentes	464.429	71,9	482.194	69,6	509.321	66,8
No contribuyentes	181.199	28,1	210.522	30,4	253.592	33,2

Fonte: IPEA - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio - Regiões Metropolitanas/RMS- 1981-83-84
Elaboração e Cálculo: CEI/GIN/GT Indicadores Sociais
(1) : Exclusive os empregados domésticos que receberam somente em benefícios
(2) : Inclusive os empregados domésticos que receberam somente em benefícios

TABLA 03
NUMERO DE EMPLEOS, SEGUN CLASES DE SALARIO MINIMO DE LA REMUNERACION MENSUAL
REGION METROPOLITANA DE SALVADOR - 1980 - 84

REMUNERACION MEDIA MENSUAL	AÑOS									
	1980		1991		1982		1983		1984	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hasta 1/2 s.m.	7.000	1,5	4.748	1,0	5.762	1,1	5.063	1,0	3.949	0,7
Más de 1/2 a 1 s.m.	58.392	12,8	53.703	10,8	54.312	10,0	51.170	9,7	45.860	8,3
Más de 1 a 2 s.m.	155.500	34,1	178.517	36,0	213.919	39,6	200.936	38,1	211.034	38,4
Más de 2 a 3 s.m.	77.934	17,1	86.807	17,5	87.930	16,2	88.830	16,9	101.029	18,3
Más de 3 a 4 s.m.	42.507	9,3	48.279	9,7	45.391	8,4	48.363	9,2	51.866	9,4
Más de 4 a 5 s.m.	25.842	5,7	28.234	5,7	27.783	5,1	29.298	5,6	32.251	5,9
Más de 5 a 7 s.m.	27.684	6,1	30.047	6,1	30.277	5,6	33.999	6,4	35.289	6,4
Más de 7 a 10 s.m.	21.125	4,6	22.657	4,6	22.675	4,2	25.314	4,8	25.897	4,7
Más de 10 a 15 s.m.	17.022	3,7	17.996	3,6	18.182	3,4	19.459	3,7	19.974	3,6
Más de 15 a 20 s.m.	7.954	1,7	8.408	1,7	9.397	1,7	8.863	1,7	8.845	1,6
Más de 20 s.m.	8.597	1,9	8.923	1,8	9.304	1,8	8.375	1,6	8.451	1,5
No declarado	6.729	1,5	7.542	1,5	15.753	2,9	6.892	1,3	6.482	1,2
Total	456.286	100,0	495.861	100,0	541.085	100,0	526.562	100,0	550.927	100,0
Coeficiente de GINI	.5176	-	.4983	-	.5078	-	.4903	-	.4857	-

Fonte: Ministério do Trabalho - RAIS - Relação Anual de Informações Sociais
Elaboração e Cálculo: CEI/GIN/GT Indicadores Sociais
Nota: Empregos registrados em 31/12 do ano de referência

mínimos (16,9 % y 18,3 %), con una tendencia a bajar bruscamente a partir de la faja de 3 a 4 salarios mínimos, para alcanzar la menor cifra de 1,5 % en 1984 para la faja que supera los 20 salarios mínimos.

De forma semejante, en la tabla 4 se observa que en todos los ramos de las siguientes actividades: industria y administración pública- se encuentran los índices más altos de oferta de empleo en las siguientes fajas salariales:arriba de 1/2 salario a 1 salario mínimo, arriba de 1 hasta 2 salarios mínimos y más de 2 hasta 3 salarios mínimos. A partir del cuarto intervalo, o sea, a partir de los tres salarios la tendencia es a disminuir, siendo el sector agropecuario y el de comercio que para la faja salarial comprendida entre 1 y 2 salarios mínimos ofertan 52,1 % y 48,5 % de empleos, para el intervalo de tres a cuatro salarios tienen su oferta básicamente disminuida para 3,4 y 5,2 % respectivamente.

Por otro lado, la inestabilidad en el empleo es un elemento que agrava mucho más la situación de la clase trabajadora en la ciudad del Salvador. Pudiendo ser esto observado a través de la constatación de despidos ocurridos en el año 1982, de acuerdo con el sector de actividad. Como vemos en la tabla 5, las separaciones del empleo, más comunes, son las encaminadas por el empleador sin registro de una causa justa (vale para todos los sectores). Sobresaliendo las de la industria de la construcción civil donde el índice llega a 77 %, las de la industria de transformaciones y de otras actividades industriales con 68,8 % para cada una.

TABELA 04

NÚMERO DE EMPREGADOS[1] POR CLASSE DE SALÁRIO MÍNIMO EM 14 REMUNERAÇÕES MENSAIS SEGUNDO OS GRUPOS DE ATIVIDADE

BAHIA

1983

GRUPOS DE ATIVIDADE	TOTAL DE EMPREGADOS		MENOS 1/2 SM		MÍN. DE 1/2 A 1		MÍN. DE 1 A 2		MÍN. DE 2 A 3		REMUNERAÇÕES MENSAIS: MÍN. DE 3 A 4		MÍN. DE 4 A 5		MÍN. DE 5 A 7		MÍN. DE 7 A 10		MÍN. DE 10 A 15		MÍN. DE 15 A 20		20 A MAIS		NÃO INFORMADO	
	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%	Qt	%
Indústrias	161.903	100.0	3.080	0,7	16.080	10,0	67.173	39,1	26.986	15,4	16.916	10,5	10.761	6,6	11.600	6,4	10.900	6,7	8.280	5,1	3.985	2,3	4.138	2,6	1.935	2,4
Comércio	100.688	100.0	615	0,6	21.123	21,2	48.854	48,5	12.718	12,6	5.220	5,2	2.024	2,0	2.494	2,5	1.965	1,9	992	0,9	134	0,6	269	0,3	1.421	1,4
Serviços	251.060	100.0	1.511	0,6	22.687	10,3	99.321	38,8	29.867	16,1	16.194	6,8	10.688	5,7	11.092	7,1	10.168	5,5	8.918	4,8	4.098	2,6	4.738	2,6	2.717	1,3
Agropecuária	9.815	100.0	152	1,3	2.660	27,2	5.111	52,1	844	8,6	157	1,4	158	1,6	192	1,9	157	1,1	106	1,1	63	0,4	21	0,2	304	1,1
Assist. ao consumidor e ao domicílio	1.331	100.0	107	8,0	136	10,2	264	19,8	146	11,0	101	7,7	67	5,1	154	11,7	148	11,1	108	8,1	79	4,1	26	2,0	15	1,2
Sempreiteiros	1.717	100.0	90	1,4	224	13,0	888	46,9	274	16,0	119	6,7	79	4,6	66	3,8	42	2,4	30	1,2	9	0,4	9	0,6	16	1,0
Fund. Gov. y Autónomas de Imóveis	20.195	100.0	823	2,0	4.044	17,4	10.294	16,2	1.067	14,0	2.087	7,4	1.127	4,7	1.701	6,0	1.077	3,0	881	1,1	308	1,1	163	0,6	790	2,0
Adm. Público Direto y Autárquica	210.810	100.0	10.421	4,8	34.151	16,7	90.120	41,6	11.099	16,5	17.005	7,8	10.232	4,7	10.901	5,0	6.991	3,2	3.876	1,7	982	0,5	289	0,2	1.090	0,5
Do Ensino	28.685	100.0	947	1,8	9.935	19,1	18.636	44,1	5.380	18,9	1.943	3,9	621	2,2	706	2,5	630	2,1	361	1,3	151	0,4	117	0,4	901	1,8
TOTAL	719.182	100.0	19.410	2,1	110.190	15,0	376.901	37,6	109.730	14,9	99.748	8,1	30.718	5,8	42.006	5,8	31.618	4,1	23.481	3,2	10.000	1,4	9.984	1,4	10.486	1,0

Fonte: Ministério do Trabalho - DAIS - Relação Anual de Informações Sociais - Ano - 1983

Elaboração e Cálculos: SEI/SIG/DT Levantamento Especial

(1) Empregos registrados em 31. 12. 83

TABLA 05

NUMERO DE DESVINCULACIONES Y SUS CAUSAS SEGUN EL SECTOR DE ACTIVIDADES

BAHIA

1980

SECTOR DE ACTIVIDAD	TOTAL DE DESVINCULACIONES		CAUSAS DE LAS DESVINCULACIONES: INIC. EMPLEA POR C/S CAUSA		INIC. EMPLEA POR S/S CAUSA		INIC. TRABAJA POR C/S CAUSA		INIC. TRABAJA POR S/S CAUSA		TRANSF. EMPRESA		JUBILACION		MUERTE		OTROS		NO DECLARADO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agropecuaria	6.076	100.0	669	11.5	3.457	57.0	35	0.6	1.308	21.4	124	2.0	12	0.2	11	0.2	232	3.8	214	3.5
Ind. de Transformación	46.145	100.0	5.245	11.4	31.742	68.8	696	1.5	4.417	9.6	181	0.4	185	0.4	171	0.3	1.510	3.3	1.809	3.9
Ind. de la Construcción	122.460	100.0	15.172	12.4	94.394	77.1	196	0.2	4.344	3.5	616	0.5	60	0.0	117	0.1	4.131	3.5	3.292	2.7
Otras Activ. Industriales	3.002	100.0	292	9.7	2.064	68.5	22	0.7	237	6.9	6	0.3	57	2.9	47	1.6	229	7.6	49	1.6
Serv. de Transporte y Comunicaciones	15.220	100.0	2.129	13.3	9.257	60.8	167	1.1	1.501	9.9	48	0.3	132	0.7	95	0.6	434	2.5	1.327	8.7
Comercio	47.928	100.0	7.004	16.7	38.912	81.1	281	0.6	7.117	14.9	783	1.6	265	3.6	149	0.3	2.096	4.4	2.220	4.6
Prestación de Servicios	69.468	100.0	9.656	13.9	43.972	63.3	789	1.1	7.852	11.3	931	1.3	620	2.9	215	0.3	3.101	4.5	2.350	3.4
Administración Pública	11.577	100.0	6.756	58.6	1.419	12.3	153	1.3	1.253	10.9	480	4.1	563	4.8	130	1.0	611	5.1	200	1.7
Otras actividades	21.575	100.0	4.038	18.5	11.299	51.6	179	0.8	1.687	7.7	1.103	5.0	65	0.3	169	0.8	2.407	11.0	947	4.3
TOTAL	363.611	100.0	52.206	15.2	236.442	69.1	2.494	0.7	29.885	8.6	4.476	1.3	1.959	0.6	1.064	0.3	16.460	4.6	12.379	3.6

Fuente: Ministerio de Trabajo - RAIS - Relación Anual de Informaciones Sociales - Bahía - 1982

Elaboración y Cálculos: CEI/SIB/ST Indicadores Sociales

El número total de trabajadores admitidos en el año 1984, en todos los sectores, alcanzó la cifra de 217.589, mientras que el número de separados de sus actividades alcanzaba la cifra de 188.580, dando una tasa de separación equivalente a 0,35 % (ver tabla 6). También esta inestabilidad puede ser aclarada mediante la verificación de los datos referentes a la rotación mensual en el empleo (ver tabla 7) donde más de una vez el sector de la construcción civil es el que sobresale; éste, alcanzó un índice de 6,69 % para el mes de diciembre de 1985, a continuación el índice de 3,73 % para el comercio, mientras que en el caso de la administración pública y la extracción mineral permanecieron en los menores índices, 0,03 y 0,13 % respectivamente.

Por otro lado, el análisis de los datos referentes al grado de instrucción de los trabajadores, muestra claramente su falta de calificación; hecho perfectamente atribuíble a su bajo poder adquisitivo, lo cual termina por afectar sus posibilidades de acceso a la educación y crea un círculo vicioso: la falta de condiciones materiales determina un bajo nivel de calificación profesional, este bajo nivel es responsable por la permanencia en esta situación de inferioridad contractual. Así, de acuerdo con los datos de la tabla 8, se verifica que apenas 9,7 % de la fuerza de trabajo activa en la ciudad de Salvador tiene el curso superior completo. Unicamente 22,0 % consiguió completar el curso secundario, mientras que 14,7 % concluyó el curso primario y 13,5 % abandonaron antes de su finalización.

Tales datos demuestran, en términos generales ,

TABLA 06

TOTAL DE VINCULOS, NUMERO DE EMPLEOS, NUMERO DE ADMITIDOS Y DESOBLIGADOS Y TASAS DE ROTATIVIDAD

REGION METROPOLITANA DE SALVADOR - 1982-84

DISCRIMINACION	AÑOS		
	1982	1983	1984
Total de vínculos	800.315	762.625	739.507
Empleos en 01/ene.	494.597	533.982	521.918
Empleos en 31/dic.	541.085	526.562	550.927
Admitidos	305.718	228.643	217.589
Desobligados	259.230	236.063	188.580
Tasa de admisión	0.5904	0.4312	0.4056
Tasa de desobligación	0.5006	0.4452	0.3516
Tasa de vínculo	1.5455	1.4382	1.3786

Fonte: Ministério do Trabalho - RAIS - Relação Anual de Informações Sociais

TABLA 07

ROTATIVIDAD MENSUAL DE EMPLEO

REGION METROPOLITANA DE SALVADOR - 1985

SECTOR DE ACTIVIDAD	MESES											
	Ene.	Fev.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Total	2,08	1,86	2,24	2,11	1,89	1,93	2,14	1,99	2,02	2,40	2,16	2,14
Extractiva mineral	0,74	0,51	0,92	0,52	0,48	0,59	0,73	0,35	0,53	0,32	0,36	0,13
Ind. de transformación	1,30	1,32	1,49	1,36	1,58	1,16	1,41	1,58	1,52	1,62	1,62	1,30
Serv.ind.util.pública	0,28	0,09	0,35	0,41	0,22	0,26	0,31	0,09	0,02	0,06	0,01	0,05
Construcción civil	7,84	8,46	6,65	5,59	6,63	6,48	6,95	5,30	6,51	9,24	7,95	6,69
Comercio	4,11	2,99	4,03	3,19	3,20	2,95	3,21	3,03	4,06	2,95	2,98	3,73
Servicios	2,70	1,83	2,60	3,00	2,24	2,31	2,66	2,39	2,34	3,08	2,55	2,57
Adm. pública	0,03	0,02	0,04	0,03	0,03	0,06	0,05	0,04	0,04	0,05	0,04	0,03
Agrop. ext. veg. caza y pesca	2,54	1,34	3,40	5,96	4,37	4,90	3,42	2,88	2,91	2,63	1,62	2,46

Fonte: Ministério do Trabalho-Cadastro Geral de empregados e desempregados (lei 4923/65)

TABLA 08

NUMERO DE EMPLEOS SEGUN EL GRADO DE INSTRUCCION

REGION METROPOLITANA DE SALVADOR - 1980-84

GRADO DE INSTRUCCION	AÑOS									
	1980		1981		1982		1983		1984	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	26.186	5,7	57.907	11,7	56.704	10,5	47.080	8,9	45.705	8,3
Primario incompleto	97.371	21,4	83.535	16,9	87.994	16,3	71.701	13,6	74.291	13,5
Primario completo	99.077	21,7	76.301	15,4	85.554	15,8	79.747	15,1	80.874	14,7
Secund. 1ºciclo inc.	37.427	8,2	46.898	9,5	49.616	9,2	50.934	9,7	54.311	9,9
Secund. 1ºciclo compl.	42.712	9,4	49.273	9,9	57.447	10,6	59.264	11,3	63.170	11,5
Secund. 2ºciclo inc.	24.136	5,3	27.933	5,6	30.296	5,6	30.731	5,8	36.814	6,7
Secund. 2ºciclo compl.	78.829	17,3	87.771	17,7	101.741	18,8	112.443	21,4	121.262	22,0
Superior incompleto	9.094	2,0	12.315	2,5	13.217	2,4	14.230	2,7	15.729	2,8
Superior completo	31.853	7,0	42.383	8,5	47.195	8,7	49.616	9,4	53.605	9,7
No declarado	9.101	2,0	11.495	2,3	11.301	2,1	10.816	2,1	5.166	0,9
Total de empleos	456.236	100,0	495.361	100,0	541.085	100,0	526.562	100,0	550.927	100,0

Fonte: Ministério do Trabalho - RAIS- Relacao Anual de Informacoes Sociais - 1980-84
Elaboracao e Cálculo: CEI/GIN/GT Indicadores Sociais

la gravedad del proceso de pauperización a que viene siendo sometida la clase trabajadora en la Bahía. Analizando este proceso, a la luz de los resultados de una investigación realizada en 1971 en la capital del estado, Singer (1980) constata que los niveles salariales se mantenían muy bajos, predominando los intervalos comprendidos entre medio y uno (20,3 % para los hombres y 24,5 % para las mujeres), y uno y dos salarios mínimos (30,5 % para los hombres y 25 % para las mujeres).

Como puede ser observado, el período de una década no fue tiempo suficiente para alterar esta situación ni siquiera superficialmente; los datos correspondientes al año 1984 (analizados en la página 7) confirman claramente la persistencia de estas fajas salariales como siendo predominantes en términos de la renta recibida por el trabajador bahiano. La situación de extrema miseria continúa sin alterar todavía, por ejemplo, la proporción de aquellos que reciben menos de un salario mínimo: si en 1971, 3,3 % de los hombres y 32,0 % de las mujeres recibían una renta mensual inferior al salario mínimo, en 1984 considerada la población total ocupada de la capital, el 31,4 % de los trabajadores estaban en esta misma situación. (SINGER, 1980:62).

Según entendemos, las razones de este empobrecimiento en los días de hoy, no son nada diferentes de las razones encontradas por Singer para explicar la década del setenta. En aquella ocasión, él llamaba la atención para los siguientes aspectos:

> "El desenvolvimiento económico de el Salvador.... tiene como motor la expansión

> del capitalismo, que se dá de dos maneras: 1) por la expansión de los sectores de actividades cuya producción está organizada en la forma capitalista, como es el caso de la industria fabril, del comercio establecido, de los transportes y servicios establecidos y 2) por la penetración del capitalismo en subsectores cuya producción pertenece todavía al circulo doméstico o está organizada en unidades individuales autónomas". (SINGER, 1980:61).

En este sentido, él concluye que la

> "fuerza de trabajo activa de Salvador fue distribuída de la siguiente forma entre los modos de producción: capitalista: 32,8 %; producción doméstica: 36,7 %; producción simple de mercaderías: 27,5 %; producción estatal: 12,9 % ".

Esta permanencia de un amplio contingente de la población ocupada con la producción doméstica y de simples mercaderías, donde se constata "un nivel bajo de desarrollo de las fuerzas productivas", acompañado también por una baja productividad y una reducida especialización de la fuerza de trabajo, es interpretada por Singer (1980:60) como la "causa fundamental del atraso económico y de la pobreza de Salvador".

Este punto de vista coincide con el análisis hecho por Carvalho e Souza (1980) donde señalan que:

> "a pesar de la rápida expansión industrial verificada en estos últimos 10 años (60/70) y de la incorporación significativa de mano de obra en los sectores organizados con bases capitalistas, todavía sobreviven, o hasta mismo emergen y se expanden, actividades caracterizadas por formas productivas y

> relaciones de trabajo típicamente no capitalistas". (CARVALHO e SOUZA, 1980:71).

La falta de articulación entre el modo de producción hegemónico y los diversos modos de producción conducen, según las autoras, a intensificar la heterogeneidad estructural observada en la sociedad bahiana:

> "en la medida en que se superponen sin vínculos más profundos a las actividades productivas locales pre-existentes, la penetración del moderno capitalismo industrial que actualmente comanda el proceso de desarrollo del Estado de la Bahía y de la ciudad de el Salvador, considerablemente impulsionado, no viene transmitiendo estímulos que den origen a transformaciones más profundas en las formas de producción que todavía predominan en grandes sectores de la economía bahiana. De esto, viene resultando un recrudecimiento de la heterogeneidad de la estructura productiva ya pre-existente. Se reproducen las condiciones para la coexistencia de formas avanzadas y atrasadas del capitalismo como formas no capitalistas de producción y se acentuan las disparidades inter e intra-sectoriales". (CARVALHO e SOUZA, 1980:82).

Esta situación es responsable por la existencia de una masa marginal al capitalismo, de una reserva operaria que

> "produciendo mercaderías bajo formas artesanales o bajo la modalidad de pequeña empresa a domicilio, o vendiendo servicios y bienes de cualquier orden .... rebajan el costo de producción de la fuerza de trabajo" favoreciendo la "pauperización absoluta de la clase trabajadora". (KOWARICK,1977: 84).

Para agravar esta situación, la actividad agrícola de Bahía en decadencia, viene siendo responsable por la expulsión de amplios sectores de la población rural que se dirigen a la capital del estado debido a una falta mayor de alternativas de empleo en sus regiones de origen o en otras ciudades del interior del estado. Esta fuerza de trabajo migrante, por su baja calificación se va a concentrar "en sectores donde son más frecuentes las precarias remuneraciones y/o el ejercicio de actividades autónomas e inestables ". (SOUZA, 1980: 125).

O sea, si el migrante era parte del excedente de la población en su región de origen, él continúa a integrar este excedente en la ciudad, exponiéndose a una rotatividad en sus empleos, recibiendo una renta que es insuficiente para mantenerse, sometiéndose a una explotación mayor de su trabajo, porque difícilmente (por su propia falta de integración a los sectores organizados de la economía) se encuentre amparado por los mecanismos formales de asistencia al trabajador: no tiene cartera de trabajo, no recibe salario , no tiene asistencia médica, no tiene jubilación, etc., etc.

3. Perfil socio-económico de los pacientes psiquiátricos : desigualdades sociales y tipos de tratamiento.

Por esta situación general de pauperización, de bajos niveles salariales, de baja calidad de vida, de alto grado de inestabilidad en el empleo, estan las condiciones dadas para que la salud del trabajador bahiano se encuentre debilitada. En el capítulo IV, ya habíamos señalado algunos datos que indican la situación de gravedad: 18,3 % de los óbitos de menores de un año están relacionados al problema de la desnutrición y, el índice de enfermedades infecciosas y las ocasionadas por parásitos (que podrían ser controladas a través de la implantación de medidas de salud pública) permanece alto: alrededor de 16,4 %. Así, enfermedades como coqueluche , sarampión, hepatitis, tuberculosis pulmonar, etc.,continúan formando parte del dramático cotidiano de la población de baja renta de la ciudad de Salvador, sin que hayan sido definidas por los organos competentes, estrategias capaces de minimizar sus efectos, de controlar sus causas, de disminuír los índices de mortalidad.

A la fuerte presencia del sector privado en el área de salud se le puede descontar este triste saldo,mientras que a la ineficácia de la acción estatal (burocrática y centralizadora) debe ser descontada la otra parte. En lo que se refiere a lo que nos interesa en particular -la salud mental- estos factores sumados a una profunda desigualdad social, apuntan para una realidad asustadora,que fue debidamente analizada por Souza (1984) en los siguientes término: la condición de clase permite la adopción de criterios diferenciados en lo re

ferente a la calidad de la asistencia psiquiátrica.

Este trabajo, al cúal ya nos referimos en el capítulo IV, será aquí retomado, resaltando su importancia para la comprensión de las posibles relaciones entre locura y pobreza en Bahía.

De acuerdo con Souza (1984:21) son ocho las instituciones psiquiátricas hospitalarias en Salvador. Dos de ellas son mantenidas por el poder público estatal, una por el poder público federal,cuatro por la iniciativa privada financiada por INAMPS y una apenas es mantenida por la iniciativa privada exclusivamente. Seleccionando una institución de cada una de estas modalidades de atendimiento (un asilo público estatal, un hospital contratado por INAMPS, una clínica privada y una enfermería universitária anexa al hospital de clínicas de Salvador) el autor realizó un censo que le daría los elementos necesarios para una evaluación crítica de los resultados prácticos de la asistencia ofrecida en estas instituciones.

De esta manera, Souza consigue analizar los vínculos de la práctica asilar con la ideología dominante, mostrando que la vocación histórica de esta práctica en Bahía, está estrechamente relacionada al control de una masa marginal, vale decir de los pobres de la ciudad. Al mismo tiempo, una de las preocupaciones fundamentales del autor es el análisis del papel que la psiquiatría juega en el ejercicio de esta vocación, sea relacionando, disciplinando, excluyendo la fuerza de trabajo "desajustada" a la producción.

Resaltando el contenido altamente centralizador y concentrador de la práctica asilar en Bahía, donde la iniciativa privada en 1981 monopoliza el 80,6% de los lechos,contra los 45,2 % que tenía en 1971, Souza trata de identificar el perfil de la clientela que recurre a las diferentes modalida-

des de asistencia, mostrando los siguientes puntos:

(1). De acuerdo con la distribución de la población por sector productivo (ver tabla 9) varía la demanda por las modalidades consideradas, o sea,

> "las personas sin antecedentes de trabajo de cualquier naturaleza corresponden al 22 % de los internados en el asilo, contra el 6,3 % del hospital contratado, el 4,8 % en la enfermería universitária y solo 1,9 % en la clínica privada"....

quedando claramente demostrado la "opción" de los más pobres por el asilo; (SOUZA, 1984: 64).

(2). Teniendo en consideración otros indicadores, puede ser verificada con mayor presición esta "opción": mientras que el 26,7 % de los internados en el asilo estaban vinculados al sector de la producción doméstica,solo 10,8 % de los pacientes de la clínica privada mantenían vinculación con este sector; por otro lado, 37,2 % de los internados en el hospital contratado mantenían vínculos con la industria,contra 1,9 % del asilo, 5,6 % de la enfermería universitária y 8,3 % de la clínica privada; (SOUZA, 1984: 64).

(3). Analizando más detenidamente los vínculos con la industria dentro del hospital contratado,se observa (de acuerdo a los datos de la tabla 10) que estos se dan principalmente a nivel de los sectores subalternos implicando en general,esfuerzo físico y baja remuneración: así,en la industria de transformación,ejerciendo las funciones de operador de máquinas y otras actividades correlatas estaban 68,2% de los internados,mientras que 23,8% realizaban servicios dentro de las empresas industriales,o sea,se dedicaban a administrar,vigilar y controlar; por otro lado,en el ramo de la construcción civil, la mayoría de los trabajadores (83,7%) ocupaba el más bajo escalón en términos de calificación profesional y chances de empleo,trabajando básicamente como peón de construcción; (SOUZA ,

TABLA 09

DISTRIBUCION POR SECTOR PRODUCTIVO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN CUATRO INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

CIUDAD DEL SALVADOR - BA, 1981

INSTITUCION / SECTOR PRODUCTIVO	ASILO PUBLICO		ENFERMERIA UNIVERSITARIA		HOSPITAL CONTRATADO		CLINICA PRIVADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin ocupación	71	22,0	6	4,3	17	6,3	3	1,9	97	11,1
Agricultura	71	22,0	6	4,3	4	1,5	11	7,0	92	10,5
Indústria	6	1,9	7	5,6	100	37,2	13	8,3	126	14,4
Servicio	54	16,8	55	43,7	92	34,2	66	42,0	267	30,5
Estudiante	1	0,3	15	11,9	5	1,9	40	25,5	61	7,0
Producción Doméstica	86	26,7	27	21,4	34	12,6	17	10,3	164	13,8
Manufactura	23	7,1	5	4,0	13	4,3	1	0,6	42	4,3
Otros	2	0,6	1	0,8	2	0,7	4	2,5	9	1,0
Ignorado	8	2,5	4	3,2	2	0,7	2	1,3	16	1,8
TOTAL	322	100,0	126	100,0	269	100,0	157	100,0	874	100,0

Fonte: SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, op. cit., p.p. 65

TABLA 10

DISTRIBUCION DE LA CLIENTELA INDUSTRIAL DEL HOSPITAL CONTRATADO SEGUN EL TIPO DE INDUSTRIA Y EL PROCESO DE TRABAJO

CIUDAD DEL SALVADOR - BA, 1981

TIPO DE INDUSTRIA	INDUSTRIA DE TRANSFORMACION		CONSTRUCCION CIVIL		TOTAL	
TIPO DE TRABAJO	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Operador de máquinas y funciones conexas	43	68,2	0	0,0	43	43,0
Administración, vigilancia y control	15	23,3	0	0,0	15	15,0
Peones de construcción	0	0,0	31	83,7	31	31,0
Otros	5	8,0	6	16,3	11	11,0
TOTAL	63	100,0	37	100,0	100	100,0

Fonte: SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, op. cit., p.p. 68

1984:66).

(4). Por otro lado, el análisis de la distribución (por posición en la producción) de los pacientes internados en las cuatro instituciones demuestra que

> "el asilo es por excelencia el espacio de los excluídos o de los marginalmente introducidos en la producción (ver tabla 11). 22,0 % de los internados jamás tuvieron algún vínculo con el trabajo y 28,0 % lo tuvieron de manera informal. Si a estas cifras le agregamos 11,5 % de los trabajadores por cuenta propia y los 26,1 % que trabajaban con la família en actividades domésticas o en la economía de subsistencia, llegaremos a la constatación de que 87,6 % de los asilados vivieron bajo el signo de la marginalidad económica y social o mismo de la absoluta exclusión del proceso productivo"... (SOUZA, 1984:71);

mientras tanto, en las demas instituciones, predominan los asalariados con cartera firmada, principalmente en el hospital contratado (68,8 %) y (36,9 %) en la clínica privada.

(5). La distribución por nivel de escolaridad de los pacientes internados en las cuatro instituciones seleccionadas por el autor, revela también, las desigualdades sociales existentes dentro de las diferentes modalidades de asistencia psiquiátrica: de acuerdo con los datos de la tabla 12, Souza señala que

> "61,0 % de los internados en el asilo son analfabetos y 28,3 % tienen apenas el nivel primario, incluyéndose en ese porcentaje las personas con instrucción elemental, que no concluyeron el ciclo primario formal. En el hospital contratado,

TABLA 11

DISTRIBUCION POR UBICACION EN LA PRODUCCION DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN CUATRO INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

CIUDAD DEL SALVADOR - BA, 1981

INSTITUCION / UBICACION EN LA PRODUCCION	ASILO PUBLICO		ENFERMERIA UNIVERSITARIA		HOSPITAL CONTRATADO		CLINICA PRIVADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin ocupación	71	22,0	6	4,7	17	6,3	3	1,9	97	11,0
Trabajo c/familia	84	26,1	25	19,8	24	8,9	20	12,7	153	17,5
Asalariado sin libreta de trabajo firmada	90	28,0	2	1,6	12	4,5	0	0,0	104	11,9
Asalariado con libreta de trabajo firmada	12	3,7	42	33,3	185	68,8	58	36,9	297	34,0
Autonomo	37	11,5	7	5,6	16	5,9	8	5,1	68	7,8
Pequeño propietário	3	0,9	2	1,6	2	0,7	5	3,2	12	1,4
Empleador	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	8,3	13	1,5
Estudiante	1	0,3	15	11,9	5	1,9	40	25,5	61	7,0
Ignorado	24	7,5	27	21,4	8	3,0	10	6,4	69	7,9
TOTAL	322	100,0	126	100,0	269	100,0	157	100,0	874	100,0

Fonte: SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, op. cit., p.p. 74

> es relativamente pequeña la proporción de analfabetos (4,8 %), predominando masivamente el grado primario de escolaridad (73,2 %) .... ya en la clínica privada la distribución se invierte claramente: ahí no existen analfabetos, es relativamente pequeña la proporción del nivel primario (9,6 %), predominando los niveles secundarios (49,0 %) y superior (36,9 %). La enfermería universitaria en lo referente a este aspecto, tiene una distribución singular, revelando, de alguna forma, una combinación de los encontrados en las otras unidades: predominan los internados con nivel secundario (46,0 %) pero también estan presentes los de nivel primario (36,5 %) y, en menor proporción también los de instrucción superior (9,5 %)". (SOUZA, 1984:71).

(6). Con respecto a las reinternaciones (considerando éstas como prueba del grado de dificultad que tienen estas instituciones para la cura del paciente) los datos contenidos en la tabla 13 demuestran que

> "es exactamente en el hospital contratado donde se observa la mayor proporción de reinternaciones: 72,5 % de los pacientes ya pasaron por 3 o más hospitalizaciones, reproduciendo, bajo una nueva forma, el proceso originario de la institucionalización del asilo ... apenas 14,9 % de los internados corresponden con una primera internación, lo que indica una baja renovación de la clientela del servicio contratado en comparación con la enfermería universitaria o clínica privada, donde más de la mitad de los casos son de primera admisión."...

Interesa destacar que en estas dos últimas unidades

> "el sector de internación se articula organicamente con el ambulatorial, facilitando un acompañamiento más cuidadoso en la atención pos-hospitalaria y reduciendo la

TABLA 12

DISTRIBUCION POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN CUATRO INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

CIUDAD DEL SALVADOR - BA, 1981

INSTITUCION / NIVEL DE ESCOLARIDAD	ASILO PUBLICO		ENFERMERIA UNIVERSITARIA		HOSPITAL CONTRATADO		CLINICA PRIVADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	198	61,5	3	2,4	13	4,8	0	0,0	214	24,5
Primario	91	28,3	46	36,5	197	73,2	15	9,6	349	39,9
Secundario	10	3,1	58	46,0	46	17,1	77	49,0	191	21,9
Superior	1	0,3	12	9,5	6	2,2	58	36,9	77	8,3
Ignorado	22	6,8	7	5,6	7	2,6	7	4,5	43	4,9
TOTAL	322	100,0	126	100,0	269	100,0	157	100,0	874	100,0

Fonte: SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, op. cit., p.p. 72

TABLA 13

DISTRIBUCION POR NUMERO DE INTERNACIONES DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN CUATRO INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

CIUDAD DEL SALVADOR - BA, 1981

INSTITUCION / Nº DE INTERNACIONES	ASILO PUBLICO		ENFERMERIA UNIVERSITARIA		HOSPITAL CONTRATADO		CLINICA PRIVADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	129	40,1	65	51,6	40	14,9	96	61,1	330	37,8
2	65	20,2	26	20,6	34	12,6	22	14,0	147	16,3
3 o +	128	39,7	35	27,8	195	72,5	39	24,9	397	45,4
TOTAL	322	100,0	126	100,0	269	100,0	157	100,0	874	100,0

Fonte: SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, op. cit., p.p. 39

necesidad de reinternación". (SOUZA,1984: 87).

(7). En lo que se refiere al hospital contratado,

> "como la red hospitalaria privada no dispone de una retaguardia ambulatoria a la que pueda mandar los egresos, reteniéndolos dentro del mismo circuito privado de servicios, se vuelve contraproducente encaminarlos a los propios ambulatorios de la Providencia, donde la asistencia pos-alta podría retrasar el retorno del paciente al hospital, reduciendo el margen de lucro del sector hospitalario". (SOUZA, 1984:87).

(8). Considerando la distribución por diagnóstico de los pacientes internados en las referidas instituciones , (ver tabla 14) Souza comenta que

> "debido a la facilidad de admisión a las formas eficaces de tratamiento extrahospitalario, las clases de mayor poder contractual reservan el tratamiento hospitalario para los casos incurables por una vía consultorial/ambulatorial" ... en consecuencia de esto, "los diagnósticos sugeridos de conductas más disruptivas predominan en la institución orientada para una clientela más rica" (SOUZA, 1984:97);

así, es en el caso de los trabajadores más necesitados que

> "el hospital se ha convertido en la principal (si no es la única) asistencia alternativa".

O sea, en el hospital contratado por INAMPS, 53,0 % de los pacientes internados

> "presentan diagnósticos cuyo tratamiento debe ser preferentemente hecho por la vía ambulatorial (neurosis , alcoholismo, oligofrenias, etc.)". (SOUZA, 1984:98).

TABLA 14

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN CUATRO INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

CIUDAD DEL SALVADOR, 1981

INSTITUCION	ASILO		ENFERMERIA		HOSPITAL				TOTAL	
DIAGNOSTICO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esquizofrenia	128	39,8	43	34,1	81	30,1	39	24,8	291	33,3
P.M.D.	13	4,0	32	25,4	18	6,7	60	38,2	123	14,1
Otras psicósis	42	13,0	6	4,8	27	10,0	14	8,9	89	10,2
Neurosis	6	1,9	24	19,0	37	13,8	17	10,8	84	9,6
Trastornos de la personalidad	2	0,6	2	1,6	4	1,5	5	3,2	13	1,5
Epilepsia	13	4,0	1	0,8	13	4,8	1	0,6	28	3,2
Oligofrenias	95	29,5	5	4,0	24	8,9	2	1,3	126	14,4
Alcoholismo y otras toxicomanías	7	2,2	8	6,3	57	21,2	16	10,2	88	10,1
Otros	2	0,6	3	2,4	4	1,5	1	0,6	10	1,1
Sin diagnostico	14	4,3	2	1,6	4	1,5	2	1,3	22	2,5
TOTAL	322	100,0	126	100,0	269	100,0	157	100,0	874	100,0

Fonte: SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, op. cit., p.p. 93

(9). Por último, la interpretación de los datos de la tabla 15 apuntan para el hecho de que la mayor proporción relativa de los internados en el hospital contratado, provienen del sector industrial

> "que es paradojicamente el sector menos absorbente de mano de obra (20,0 % del total de empleados en Bahía). Si relacionamos a esto los datos de la tabla de distribución por diagnóstico, verificaremos que casi la mitad de la clientela industrial presenta cuadros de neurosis, trastornos de personalidad y alcoholismo / toxicomanías contra solamente 36,0 % de psicóticos originarios de este sector. Patrón de distribución semejante ocurre con el sector de servicios, con un ligero aumento de la proporción de psicóticos"....

De ahi considera el autor:

> "1. La super-representación de los contingentes industriales al nivel de la población hospitalaria sugiere que el proceso de trabajo industrial se realiza bajo condiciones negativas para la salud mental de los operarios; 2. Los agravios a la salud mental de los trabajadores industriales se expresan predominantemente por sintomatologías relativamente más blandas que las psicosis, pero esto no les evita ser excluídos del proceso productivo. 3. el proceso de trabajo en la industria exige del trabajador un nivel tal de eficiencia y productividad que se vuelve incompatible hasta con los desvíos leves de conducta; 4. Dos de las categorías diagnósticas más frecuentes de esta clientela (neurosis y alcoholismo) se caracterizan por límites conceptuales tan imprecisos, a tal punto de recubrir las quejas más difusas de mal estar, incomodidad e insatisfacción permanente, cuyos orígenes

TABLA 15

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO Y SECTOR PRODUCTIVO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL CONTRATADO POR EL I.N.A.M.P.S.

CIUDAD DEL SALVADOR - BA. 1981

SECTOR DE OCUPACION / DIAGNOSTICO	SIN OCUPACION		AGRICULT.		INDUSTRIA		SERVICIOS		ESTUDIANTE		PRODUC. DOMESTICA		MANUFACTURA		OTROS		IGNORADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esquizofrenia	3	17.6	4	100.0	26	26.0	28	30.4	3	60.0	10	29.4	6	46.2	1	50.0	0	0.0	81	30.1
P.M.D.	0	0.0	0	0.0	2	2.0	6	6.5	2	40.0	6	17.6	1	7.7	1	50.0	0	0.0	18	6.7
Otras psicósis	3	17.6	0	0.0	9	9.0	7	7.6	0	0.0	7	20.6	2	15.4	0	0.0	0	0.0	27	10.0
Neurosis	0	0.0	0	0.0	16	16.0	14	15.2	0	0.0	4	11.8	3	23.1	0	0.0	0	0.0	37	13.8
Trastornos de la personalidad	0	0.0	0	0.0	4	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.5
Epilepsia	4	23.5	0	0.0	3	3.0	6	6.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	4.8
Oligofrenias	6	35.3	0	0.0	7	7.0	5	5.5	0	0.0	5	14.7	0	0.0	0	0.0	1	50.0	24	8.9
Alcoholismo y toxicomanias	0	0.0	0	0.0	27	27.0	26	28.3	0	0.0	2	5.9	1	7.7	0	0.0	1	50.0	57	21.2
Otros	0	0.0	0	0.0	4	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.5
Sin diagnostico	1	5.9	0	0.0	3	3.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.5
TOTAL	17	6.3	4	1.5	100	37.2	92	34.2	5	1.9	34	12.6	13	4.8	2	0.7	2	0.7	269	100.0

Fonte: SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, op. cit., p.p. 100

> pueden ser encontrados en las condiciones adversas de trabajo; 5. Constituída predominantemente por personas con disturbios psiquiátricos leves o moderados, más de la mitad de la población internada en el servicio contratado presenta indicación técnica para tratamiento de rehabilitación, o por lo menos, para otro tipo de tratamiento extra-hospitalar." (SOUZA, 1984: 99).

Dadas estas consideraciones, el autor concluye que

> "si la rehabilitación psiquiátrica significa, desde el punto de vista técnico, una alternativa necesaria, del punto de vista estructural, dado el carácter específico del desarrollo capitalisa tardío, ella es una propuesta dispensable"... O sea ... "si existe una oferta abundante de mano de obra en condiciones de ser consumida por el proceso productivo, se vuelve muy remoto, para el sistema económico, la necesidad de rehabilitar los contingentes de fuerza de trabajo afectados por enfermedad mental."(SOUZA, 1984: 99).

3. 1. Participación productiva de los pacientes psiquiátricos: ejercicio de actividades marginales.

Esta situación general de carencia registrada por Souza en un levantamiento realizado en 1981, fue ampliamente confirmada en 1983 cuando realizamos nuestra investigación . Considerando que el estudio de Souza ya establecía un cuadro general sobre los límites entre la locura y la pobreza en Bahía, tratamos de definir otra estrategia capaz de contribuír para esclarecer esta relación.

Nuestra estrategia de campo incluyó la realización

de un censo en uno de los hospitales contratados -el Hospital Santa Mónica- y en el Manicomio Judiciario del estado de Bahía, institución no investigada por Souza, debido a su carácter específico de "punto de intersección entre el aparato judiciario y el médico psiquiátrico", lo que pediría una "orientación diferenciada". (SOUZA, 1984:20). A pesar de considerar este argumento como pertinente, algunas visitas hechas a esta institución terminaron por ser determinantes para su posterior inclusión en el trabajo; dos hechos nos llamaron especial atención: la extrema carencia de los internados y su origen (más de la mitad de estos pacientes son oriundos del medio rural, habiendo trabajado antes de la internación en tareas ligadas a los cuidados de la tierra, en las pequeñas y medianas propiedades del interior del estado de Bahía).

Así, a pesar de creer que el caso de esta institución merece realmente un "tratamiento diferente" porque se trata de una población de locos también considerados criminales, juzgamos conveniente relacionar los puntos de convergencia e identidad entre estos y los otros pacientes del hospital contratado, para poder definir mejor las connotaciones existentes entre la locura y la miseria.

Durante el primer semestre de 1983, período en que fue realizada la presente investigación, un total de 441 pacientes estaban internados en el Hospital Santa Mónica y 320 en el Manicomio Judiciario. El levantamiento de datos en el primero de estos hospitales tuvo el carácter de censo, cubriendo todo el universo de su población. En el segundo, a raiz de situaciones repetidas, decidimos realizar solo parcialmente un censo, tomando los indicadores básicos para una identificación socio-económica de 197 pacientes, por lo tanto, más de 50% del total.

Las principales conclusiones a que llegamos, a la luz de estos datos, son las siguientes:

1. En el caso del Manicomio Judiciario, en lo que se refiere a la ocupación, la gran mayoría de los hombres (70) son labradores, casi todos (90 %), comenzaron a trabajar en el campo juntamente con las familias desde la infancia; a pesar de que algunos adolescentes y/o adultos hayan cambiado de local de trabajo. Del total de hombres investigados (166), el (70 %) ejercen ocupaciones que varían entre trabajos burocráticos hasta de recolección de basura. Son 10 empleados públicos, 11 albañiles, 8 carpinteros, 4 mecánicos, 4 artesanos, 4 trabajadores de comercio, 6 pequeños comerciantes, 3 pintores de pared, 2 trabajadores portuarios (cargadores), 1 jardinero, 4 porteros de edificio, 4 choferes, 2 mozos, 4 obreros, 1 vendedor ambulante, 1 vaquero, 2 herreros, 2 agentes de policía, 1 tractorista, 1 recolector de basura y 3 personas más en edad activa que no tenían ocupación en el período anterior a la internación.

Las ocupaciones citadas, muestran claramente el estrato social al cual pertenecen. Por otro lado se verifica que su origen es predominantemente rural (92 %) lo que exige que se observe con atención y se discuta un planteo común en el área de la salud mental, con respecto a lo que son (especialmente) las tensiones urbanas que producen trastornos psíquicos. De acuerdo con lo que hemos podido observar, 70 % de estas personas han llegado a la capital del estado, solo por motivos de su internación. O sea, toda su vida han vivido en áreas rurales y sin embargo presentan

un desgaste físico y mental semejante y hasta incluso más grave que el del trabajador urbano. Por lo que entendemos que la cuestión planteada no es un mero producto del medio ambiente y por el contrario puede enfocarse desde el ángulo de clase social.

1. 1. El cuadro general de ocupaciones observado en el hospital Santa Mónica, muestra algunas similitudes y diferencias encontradas en relación al manicomio. Así, la proporción de labradores es menor en consideración al total de la población masculina: 44 labradores, el equivalente a 15 % de un total de 291 hombres. En seguida sobresale la categoría de peón de construcción civil con 12 % y también la de "biscateiro" con la misma proporción . Los "biscateiros" -individuos sin ocupaciones determinadas, capaces de cambiar de actividades dependiendo de la presion económica a la que estén sometidos- , ocupaban los siguientes cargos: changador, ayudante de camión, electricista, pintor de paredes, cartero, vendedor ambulante, plomero, pescador , herrero , barbero, panadero, portuario y cocinero.

A estas categorías le siguen las personas que no tenían ocupación anterior en un total de (28), los empleados públicos (27), los comerciantes (13), los albañiles (17), los obreros (14) y los mecánicos (12) (es importante destacar que las personas sin ocupación son en general portadoras de problemas orgánicos -oligofrénicos,sordos, mudos, epilépticos con egresos de instituciones de asistencia, etc.-), mientras que los empleados públicos desempeñaban sus funciones en los cargos más bajos de la jerarquía laboral siendo: ferroviarios, mecánicos,enfermeros,

escribientes , serenos y porteros de edificios públicos, basureros.

Entre las diferencias en relación a la clientela del manicomio, se destacan algunas ocupaciones como la de bancarios (05), artesanos y dibujantes (04), policía de tránsito, vigilante y policía militar (09), ingeniero de la Petrobrás (01), ayudante de escritorio de la red privada (04). En lo semejante de esta población investigada, encontramos que ambas pertenecen a los estratos más bajos de la sociedad en términos de rendimientos y nivel de consumo.

1. 2. La situación de las mujeres, en los dos hospitales, no es demasiado diferente: en el Manicomio Judiciario se constató que la mayoría de las mujeres es oriunda de la región rural (como también vimos en el caso de la población masculina); entre las (31) investigadas, solamente (01) nació en la capital del estado. La mayoría de ellas (64,0 %) trabajaban en servicios domésticos, otras en pequeñas producciones rurales (22,0 %), una era modista, otra lavaba ropa, y dos jamás ejercieron ninguna ocupación.

En el caso del hospital Santa Mónica, prevalece la ocupación de doméstica (dueña de casa) con 40 % del total , contra 21 % de estudiantes. De un total de 150 mujeres , son solamente (14) las "biscateiras" que anteriormente se dedicaban a trabajar en las siguientes ocupaciones:bordadora, costurera, profesora culinária, manicura, vendedora ambulante, sirvienta. Después tenemos un pequeño número de labradoras (07), profesoras primarias (07), empleados de comercio (05) ,

enfermeras (03) y obreras (03).

1. 3. Con respecto al origen de los pacientes internados en el hospital Santa Mónica, estos también presentan una predominancia del área rural, con un porcentaje de 70 % para las mujeres y 61,5 % para los hombres. la diferencia en relación al Manicomio Judiciario se basa en el hecho de que 80 % de esta población de origen rural, ya residía en Salvador constituyendo una situación de migrante que trata de sobrevivir en la región urbana, a través del ejercicio de las más variadas ocupaciones. Siendo el común denominador, de acuerdo a lo que sugieren los datos, la rotatividad y el bajo nivel de remuneración.

2. En lo referente al nivel de escolaridad se percibe una ligera diferencia en los dos hospitales. En el caso del Manicomio Judiciario, entre los 166 hombres, 96 son analfabetos, 62 frecuentaron apenas la escuela primaria sin haber concluído sus estudios, y solamente (07) llegaron a comenzar el curso secundario. Entre las mujeres, la situación no es diferente: 24 de ellas son analfabetas,cinco comenzaron el curso primario sin haberlo terminado y apenas dos iniciaron sus estudios en la fase secundaria. En el hospital Santa Mónica, se observa una proporción menor de analfabetismo . En el caso de la población masculina, encontramos un 10 % de analfabetos y en el caso de la femenina, 18,1 %. En ambos casos, predomina el primario incompleto, con 41,0 % para los hombres y 30,0 % para las mujeres, seguido por el secundario incompleto, con 23,0 % para los hombres y 15,0 % para las mujeres. En el total, se registran (08) casos del

del curso superior incompleto y dos del curso superior completo, niveles desconocidos en el caso del Manicomio Judiciario.

3. Para completar estas informaciones, relacionamos algunas que pueden aclarar mejor la situación general de las personas investigadas (investigación esta hecha mediante consulta a los expedientes), advirtiendo que las mismas fueron obtenidas solamente del hospital contratado (Santa Mónica) debido a la inexistencia de un control de datos de este tipo en el segundo hospital. Estos datos son relativos a la edad, número de internaciones, estado civil y tamaño de la familia de origen.

Con respecto a la edad, predominan las fajas etárias de 25 a 34 años (corresponde al caso de 144 hombres y 38 mujeres) y de 35 a 44 años (en el caso de 74 hombres y 42 mujeres). El número de reinternaciones apenas comprueba la ineficacia de la institución hospitalaria psiquiátrica en el sentido de encontrar las posibles condiciones de cura de sus pacientes: 27 % del total de internados ya fue reinternado más de veinte veces, mientras que 24 % se encuentran en un intervalo de 15 a 20 internaciones. Por otro lado, este número alto también indica que la permanencia dentro de esta red hospitalaria asegura mínimamente la sobrevivencia de muchos pacientes que no disponen de ninguna alternativa de sustento material fuera de la institución. Afuera no encuentran trabajo disponible y por el lado de las familias, estas no se responsabilizan por su mantenimiento porque ellas mismas ya sufren toda clase de necesidades.

En lo referente al estado civil se observa que la

gran mayoría de los pacientes en este hospital contratado son solteros sin hijos (47 %), seguidos por los solteros con hijos (13 %). La predominancia de los primeros puede ser atribuída tal vez a la misma rotatividad a que fue sometida esta fuerza de trabajo, teniendo que verse obligada a emigrar de ciudades, de barrios, de actividades diversas, lo que probablemente debe haber dificultado la constitución de una familia. También hay que considerar que muchas de estas personas son oriundas de familias numerosas, teniendo que trabajar desde temprana edad para contribuir para el sustento de hermanos más pequeños (mientras que 37 % del total de investigados tiene entre cinco y diez hermanos, 22 % de ellos tienen entre diez y quince).

3. 1. Como conclusión de este capítulo, puntualizaremos algunos aspectos que serán retomados en las conclusiones generales del trabajo. En primer lugar, observamos que la situación general de trabajo de la población investigada, confirma el cuadro general de pauperización de los trabajadores bahianos, que tuvimos oportunidad de especificar en el ítem 2 de este capítulo y en el capítulo IV. Además de esto, los datos recogidos sugieren claramente la pertenencia de esta población al excedente poblacional originado por la expansión del capitalismo en la Bahía, o sea: se verifica que los pacientes investigados, desempeñaban, anteriormente a la internación, básicamente ocupaciones marginales al modo de producción hegemónico. Por otro lado, en el caso de una vinculación formal con el mercado de trabajo, como es el caso de los empleados de comercio, empleados públicos, etc. la posición en la jerarquía laboral es siempre baja en términos de

prestigio y salario.

Es válido destacar que a pesar de haber sido imposible obtener informaciones sobre la renta de estos pacientes en lo que respecta al período que recibían alguna remuneración, solamente por el cuadro de ocupaciones ya se encuentran pistas suficientes que indican el nivel de renta que tenía esta población. Constatando de esta forma la tendencia general observada en la clase trabajadora como un todo, o sea: existirían niveles predominantes de renta que oscilarían entre medio a tres salarios mínimos.

En segundo lugar, observamos que las conclusiones fruto de los datos recogidos en el hospital Santa Mónica y en el Manicomio Judiciario de Bahía, coinciden en gran parte con los resultados de la investigación de Souza (1984) sobre enfermedades mentales en Bahía, estudio que tuvimos oportunidad de sintetizar en el decorrer de este capítulo. Así, por ejemplo, nos encontramos con que el vínculo de estos trabajadores con la industria es de cierta forma inexpresivo, mientras que el vínculo con la producción doméstica y la producción de mercaderías simples se mantiene alto, ocurriendo lo mismo con las funciones subalternas en el comercio y en el sector de servicios.

Las diferencias constatadas en relación al estudio de Souza colocan algunas cuestiones formales que es importante en este momento resaltar. Si la investigación conducida por Souza apunta la situación de extrema miseria de los pacientes del asilo público, en nuestro caso, esta situación comprueba lo que fue posible observar en el Manicomio Judiciario del estado de Bahía. Por otro lado,

por una cuestión de formación profesional, dejamos de lado las consideraciones sobre el diagnóstico de los pacientes y sobre las diferentes técnicas aplicadas en las diversas modalidades de asistencia, prefiriendo tomar las conclusiones del estudio de Souza como muestra suficiente del cuadro general de diagnósticos aplicables a esta población en la presente década.

Por último, concordamos también con las conclusiones de Souza: los datos recogidos durante nuestra investigación muestran claramente la situación de marginalidad económica, social y política a que estaban condenados los trabajadores investigados. Confirmándose también la vocación histórica de la práctica asilar como una práctica estrechamente vinculada al control de una masa marginal urbana, indeseable al orden público. En este sentido, estamos totalmente de acuerdo con la perspectiva de Souza con respecto al papel que juega la psiquiatría en el proceso de producción, seleccionando o acomodando la fuerza de trabajo disponible.

A continuación interpretamos más específicamente las relaciones entre trabajo y desorden mental a través del análisis de la vida de un trabajador cuya problemática ilustra las condiciones generales de vida del trabajador bahiano.

BIBLIOGRAFIA CITADA

CARVALHO, I. et SOUZA, G. A. "A produção não capitalista no desenvolvimento do capitalismo em Salvador", in: SOUZA, G. A. e FARIA, V. Bahia de todos os pobres, Petrópolis, Vozes-CEBRAP, 1980.

KOWARICK, Lúcio. Capitalismo e Marginalidade na América Latina, 2º ed. R.J., Paz e Terra, 1977.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA, Centro de estatística e informações, Indicadores Sociais, Salvador, Vol. 10, 1986.

SINGER, Paul. "A economía urbana de um ponto de vista estructural: o caso de Salvador", in: SOUZA, G. A. de e FARIA, V. Bahia de todos os pobres, Petrópolis, Vozes-CEPRAB, 1980.

SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, um estudo de psiquiatría social, Salvador, Contemp, 1984.

CAPITULO VI

TRABAJO Y DESORDEN MENTAL EN BAHIA: UN ESTUDIO DE CASO.

1. Introducción

En el capítulo anterior tratamos de caracterizar, en términos generales, la situación socio-económica del trabajador bahiano, especificando las condiciones de trabajo, origen, educación, etc. de los pacientes psiquiátricos investigados. Eso nos permitió la interpretación de estas condiciones como una resultante de la vinculación de tales pacientes a los sectores marginados de la economía.

En este capítulo, intentaremos relacionar trabajo y desorden mental a través de un estudio de caso, realizado con un paciente del Hospital Santa Mónica, enfatizando el papel que juegan los mecanismos de poder, la ideología, la represión y la violencia implicadas en el proceso de trabajo, teniendo en cuenta el contexto que nos interesa: un contexto periférico, dependiente, subdesarrollado.

La elección de este caso en particular se justifica

en términos de la necesidad de presentar pruebas empíricas sobre las relaciones que establecemos entre locura y pobreza, a partir de los determinantes sociales de la locura, específicamente, del trabajo. Nuestra expectativa es la de que la presentación de tales pruebas pueda arrojar luces sobre las formulaciones conceptuales al respecto de los componentes sociales e históricos de la locura, de manera que se pueda evitar (de acuerdo con el punto de vista que sostenemos en el capítulo I) una percepción esquemática sobre el asunto.

En este sentido, las conclusiones que presentamos al final de este capítulo, deben ser interpretadas como indicaciones sobre el tema, como respuestas tentativas, cuya validez dependerá del avance en la discusión con los demás profesionales del área, principalmente quizás con los especialistas en el conocimiento psicológico.

De todos modos, vale la pena llamar la atención sobre el hecho de que no desconocemos (de ninguna manera) el peso que la subjetividad del individuo aquí analizado pueda haber jugado en su "enfermedad". Sabemos que las cosas que ocurrieron con él, resultaron en su internación. Pero sabemos también que en el caso de otro individuo cualquiera, el resultado pudo ser otro completamente distinto: la resistencia, la lucha, o simplemente la indiferencia. Al final de cuentas, reconocemos aquí que uno de los mistérios del alma humana, una de sus características más sorprendentes, es la capacidad para ofrecer múltiples respuestas a una misma situación, precisamente por la presencia de esta (de cierta forma) imponderable subjetividad.

Pero, por otro lado, no hay como negar la presencia

de componentes objetivos, vinculados a la división y organización del trabajo, cuya actuación funcionó como detonador, inicialmente del proceso de inadaptación y luego de la internación del paciente investigado.

En este sentido, la historia de este paciente lejos de ser un caso-límite o un caso extremo, se torna bastante ilustrativa de lo que es en los días de hoy, el infeliz cotidiano del trabajador agrícola brasilero. A este respecto, podemos verificar que las denuncias sobre las graves condiciones de trabajo, sea en los campos, sea en las ciudades de Brasil, ya son parte frecuente de la literatura de periodicos y revistas del país, demostrando la gravedad del problema.

La visión idílica del trabajo agrícola como un hecho saludable, tranquilo, recuperador, se pierde en la memória delante de denuncias de este tipo:

a). En el dia 8 de agosto de 1986, por ejemplo,el diario "O Jornal do Brasil", demostrando la explotación de niños en el estado de San Pablo por los empresarios de las minas de carbón y madera, denunciaba que

> "2.000 personas, entre ellas centenas de niños, están siendo explotadas en régimen de semi-esclavitud en varias extensiones de tierras dedicadas a plantaciones y producción de carbón en la región de Angatuba e Itapetininga -sud oeste del estado- de propiedad de grandes grupos empresariales".

Con respecto al estado de los niños, la Secretaría de Relaciones de Trabajo del estado inclusive informaba que estos se encontraban "subnutridos, con señales de atraso

mental y con heridas provocadas por los troncos de madera y carbón" ... "Hasta los niños que tienen cuatro años son llevados a trabajar con los padres para aumentar la produc - ción familiar". Sin escuelas cerca del campamento y sin puestos de salud, estos trabajadores viven en casas miserables hechas de madera y papel, recibiendo por quincena una pequeña suma de dinero (quinientos cruzados equivalente a tres dólares y medio en la época de la investigación) por el trabajo de cortar las ramas chicas, deshojar y apilar madera.

b). En otro ejemplo del dia 16 de julio de 1986 la revista "Isto é" publicaba la siguiente noticia: en el estado de Pará (localizado en el otro extremo del país) entre los métodos de castigo utilizados por los propietarios de tierras contra los trabajadores -que tenían en régimen de esclavitud- los más usados eran tirar a matar en caso de fuga inflagrante; cortar los tendones de los tobillos; raspar la cabeza y las cejas. Por todo esto, el Ministério de la Reforma Agraria se había visto obligado a encaminar serias medidas contra estos propietarios de tierras. Entre las medidas adoptadas constaban, pérdidas de incentivos fiscales y proceso criminal.

El caso que aquí será interpretado debe ser visto en este contexto de violencia y represión que amenaza lo cotidiano del trabajador brasilero, provocando su invalidez, alienando su capacidad física y mental en un largo proceso de descalificación que encuentra en la internación su momento final.

2. Un caso: había una vez, un joven sano....

J.T. era un campesino, nacido en San Sebastián de Passé municipio del estado de Bahía en la zona rural. Actualmente tiene veinticinco años, con curso primario incompleto, soltero y con once hermanos. Está internado por la décima quinta vez ; su primera internación fue cuando tenía diecisiete años.

Hasta los diecisiete años, J.T. ayudaba a su familia en el mantenimiento de la unidad doméstica, que formaba parte de la propiedad mayor perteneciente al propietario del campo. Sus obligaciones consistían en: cuidar de los animales (ganado y gallinas), buscar agua y preparar la tierra para el cultivo por lo que recibía como troca, comida y algunas propinas.

Un día, durante un fin de semana, J.T. salió hasta el pueblo más cercano para asistir a una fiesta acompañado por algunos amigos. Durante su ausencia dos animales desaparecieron; cuando volvió a su casa, fue duramente golpeado por su padre, que no satisfecho con esto, fue hasta la casa del patrón para delatar a su hijo. El patrón salió rapidamente de su casa en la estancia, subió rapidamente a un caballo y galopó en dirección a la casa de J.T.. Encontró al muchacho parado frente a un arroyo y desde arriba del caballo lo golpeó en la cabeza con su rebenque. J.T. cayó violentamente en el piso desmayado. Ayudado por sus hermanos es llevado a un hospital donde se comprueba que ha sufrido un traumatismo

de cráneo; queda internado durante un año debido a su lenta recuperación, que es dificultada por el estado de desnutrición que tiene.

Cuando sale del hospital, J.T. vuelve a su casa pero no consigue adaptarse nuevamente a la dura rutina del trabajo. Comienza por aislarse del resto, duerme largos períodos, se mueve con dificultad y come poco. Su padre, aconsejado por los vecinos, lo lleva al puesto de asistencia médico-psiquiátrico más cercano y después al hospital de la capital donde es internado. Al ser entrevistado por el médico de plantón sobre los motivos que lo indujeron a la internación de su hijo, el padre de J.T. responde que "él ya no sirve para nada".

Actualmente J.T., como tantos otros pobres internados, se vale del hospital para asegurar su propia sobrevivencia, considerando a este como su extraña Patria, como su casa, su familia y también su infierno.

Para comenzar una discusión sobre este caso, presuponemos el proceso de producción como extracción de plusvalía y al proceso de trabajo como proceso de consumo de la fuerza de trabajo. (MARX, 1979:224). En este sentido, estamos de acuerdo con el punto de vista de Laurell (1983 : 38) cuando dice:

> "El análisis de las transformaciones del proceso de producción en sus distintas etapas históricas permite entender las formas distintas que asume la plus-valía y los cambios ocurridos en el proceso laboral relativos a la conformación técnica y la

> división y organización del trabajo, lo que a su vez proporciona los elementos para la comprensión de los distintos patrones de desgaste obrero".

La recuperación insuficiente de las energías consumidas durante el trabajo, al atender las exigencias capitalistas, muestran que las condiciones de salud dependen de la condición de clase. Es lo que afirma Soriano(1982:136), por ejemplo, cuando escribe:

> "las clases sociales se encuentran en una situación diferencial respecto al riesgo de enfermarse y morir y en relación con la expectativa así como con la oportunidad y calidad de la atención médica a que tienen acceso real".

Como demostración de esto, Soriano (citando a Alvarez y Herrera) comenta las diferencias que existen entre los pacientes y los tipos de enfermedad atendidos en los hospitales públicos y los hospitales privados en México: 42 % de las personas atendidas en los hospitales públicos lo fue por enfermedades infecciosas, porcentaje que desciede en los hospitales privados (18 %); por enfermedades cancerosas y tumorales fue en los hospitales públicos el 10 % y entre los privados el 18 %; por enfermedades degenerativas fue en los públicos el 34 % y en los privados el 48 %. (SORIANO, 1982: 136). También destaca el mismo autor, el nivel de escolaridad de los internados en hospitales públicos (en el mismo período) como siendo muy bajo (68 % entre analfa

betos y primario incompleto), lo mismo que la renta mensual, siendo en su mayoría albañiles, agricultores , choferes (84 %).

En las sociedades subdesarrolladas, donde el proceso de producción adquiere un carácter desordenado, violento y hasta cruel, el proletariado y el sub-proletariado deben enfrentarse con condiciones de trabajo particularmente nocivas para la salud. Según Fernandez Osorio (1981: 15) entre 1958 y 1977 en México

> "se registraron entre los trabajadores afiliados al seguro social seis millones de riesgos de trabajo, 20 mil muertes por estos mismos riesgos y 144 mil incapacitados permanentes" ... "los riesgos de trabajo registrados fueron casi en su totalidad, accidentes de trabajo, pues de ellos unicamente se aceptaron 13.504 enfermedades de trabajo"...

Pero el autor nos recuerda que no todos los accidentes de trabajo son diagnosticados como tal y por otra parte, que no en todas las ocasiones el empresariado registra los accidentes laborales de esa forma, por lo que se puede concluír que existe una incidencia mayor que la que muestran los números citados en ambos casos.

En Italia la situación no es diferente. Ricchi (1981:33) al considerar la situación italiana entre los años 1946 y 1966 constata que: "en los últimos veinte años .... ha habido 22 millones 600 mil casos de accidentes y enfermedades profesionales, con 87.557 muertos y 996 mil trabajadores que han resultado con invalidez permanente. El número de

trabajadores inválidos en Italia, de 1946 a 1966, es cerca del doble de los inválidos de las dos guerras mundiales juntas". Como ejemplo de industrias que presentan mayor índice de accidentes cita la industria de la construcción, mineración extractiva y de procesamiento, la industria maderera y la metal mecánica.

Haciendo una comparación entre Italia y los países desarrollados de occidente, Ricchi observa que:

> "en 1970, los muertos sobre 100 mil trabajadores en la industria han sido nueve en Estados Unidos, trece en Francia, quince en Bélgica, contra 45 en Italia. En la construcción, siempre sobre 100 mil ocupados, y en el mismo año, los muertos han sido veinte en Holanda, 28 en Bélgica, 45 en Alemania Occidental, 48 en Francia contra ochenta en Italia. Por lo tanto, estamos a la cabeza de la C.E.E. en cantidad de homicidios blancos, y últimos, evidentemente, en sistema de previsión y seguridad .... " (RICCHI, 1981:55).

A pesar de los datos presentados, el autor enfatiza que nada impide para que el empresariado tergiverse los hechos en la mayoría de los casos, dando como fallas humanas (descuido, distracción, etc.) las causas de los accidentes de trabajo.

Mientras tanto, en el caso específico de las deficiencias físicas y mentales, la expectativa para las sociedades subdesarrolladas no es de las mejores. Apoyado en datos de la O.M.S. Quesada (1982:21) afirma:

> "aproximadamente la cuarta parte de la población mundial sufre deficiencias físicas, mentales y sociales, pero de estos

> incapacitados, el 75% vive en el tercer mundo, y se estima que para el año 2.000 esta cifra aumentará a un 80%, puesto que el incremento anual de estos padecimientos en los países desarrollados es del 0,74% , mientras en los del tercer mundo es del 2,56% ".

En el Brasil, donde la mortalidad infantil se iguala a los países subdesarrollados de Africa y Asia, donde siete millones de ciudadanos son portadores de esquistosomosis y "otro tanto semejante de enfermedad de Chagas", sumado a que "60% de la población sufre de formas diferentes de parasitosis como malária, dengue o fiebre amarilla" el desgaste físico y mental del proletariado y de su reserva, se ve evidentemente amenazado por el estado de desnutrición de los mismos. Así, antes mismo de enfrentar las duras condiciones de trabajo sea en el campo o en la ciudad, el trabajador brasilero ya lleva una desventaja inicial: la desnutrición y la consecuente debilidad orgánica que esto implica . (DORNELLES, 1986).

Las condiciones de trabajo enfrentadas por J.T. en una alejada estancia del interior del Estado de Bahía son por lo tanto, parte de una situación general, cuyo contenido está marcado por la violencia contra el cuerpo y la mente del trabajador.

La explotación del trabajo de J.T. se dá en forma pre-capitalista, porque así está organizado el trabajo en la estancia donde él vivía. En ese lugar, cerca de diez familias de campesinos pobres cultivan la tierra y cuidan de los animales, sin ninguna garantía de empleo. Según el entrevistado, nadie tiene cartera de trabajo firmada, ni derecho de

atención médica o escuela garantida. La jornada de trabajo queda a criterio de la cantidad de trabajo solicitada por el patrón y el pagamento es hecho básicamente en la forma de troca: cada familia se queda con una parte pequeña de la producción destinada para alimentación.

En este caso, en el proceso de trabajo, la fuerza de trabajo es consumida sin gastos para el propietario, sin ningún costo social que pueda ampararlos en el caso de la vejez, invalidez, enfermedad. Pero curiosamente, esta situación de desgaste físico y mental a que llegó J.T. no es diferente de la situación del trabajador urbano de los grandes centros. Al final, ¿ cuál es la diferencia entre ser golpeado por el patrón o venirse abajo de un edificio en construcción porque la empresa no se preocupó en colocar andamios seguros? ¿ cuál es la diferencia entre tener o no, un vínculo laboral formal si los accidentes de trabajo y las enfermedades ocasionadas por los mismos no son registrados como tales? ¿ cuál es la garantía real de vida y de salud para los trabajadores urbanos y rurales de las sociedades subdesarrolladas, cuando la mayor parte de ellos no tienen asegurado ni su propio trabajo, ni casa, ni comida, ni remedios, ni ropa?.

Además de estas cuestiones, el análisis de este caso trae implícito otras dos preguntas que le son complementarias: concretamente,¿a quién le sirve la etiqueta de enfermo mental en nuestra sociedad? ¿ cuál es la técnica de recuperación mental que puede realmente funcionar, cuando las condiciones mínimas de sobrevivencia de los ciudadanos no están ni siquiera aseguradas?.

3. El papel de la psiquiatría: una cuestión de clase, ideología y poder.

El análisis del papel de la ideología burguesa de acuerdo con Basaglia, Dörner, Foucault, etc. sirve como punto de partida para considerar las relaciones entre los mecanismos de poder, las estructuras represivas y la alienación, señalando tal vez algunas respuestas a estas preguntas.

Al analizar el papel que juega la ideología en el proceso de rotulación de los individuos Franco Basaglia afirma que la etiqueta de enfermo mental sirve para esconder "un pecado original, el de pertenecer a la clase dominada, cuya presencia en la sociedad es aceptada solo cuando se adecúa a las reglas que no han sido fabricadas por su vida sino por su dominio". (BASAGLIA, 1964:).

Buscando en el concepto de productividad el apoyo necesario para la relación entre ideología y desorden mental, Basaglia enuncia los siguientes argumentos:

(a). "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 productivo". (BASAGLIA, 1972: 50).

(b). Consecuentemente,

"el análisis de las instituciones psiquiátricas antiguas y nuevas, revela que su significación estructural estrategica se mantiene coherente con el terreno político sobre el cuál actúan"..."De hecho...una vez dentro de la institución destinada a la conformación científica de la diversidad de esta

> categoría de pacientes, uno se dá cuenta de que, más allá de la separación entre sano y enfermo,normal y anormal,aquel que cae bajo el golpe de las sanciones establecidas por la institución y por la exclusión a ella implícita,es,ante todo,aquel que no dispone ya de ninguna reciprocidad contractual: su condición económica ya no le permite el comercio de su propia subjetividad". (BASAGLIA , 1972: 50).

(c). Por lo tanto, el papel de la ideología de la diferencia

> "es ocasión suficiente para sancionar la inferioridad original de aquel que está fuera del juego y que no tiene ninguna fuerza contractual que oponer a la discriminación de que se le hace objeto".(BASAGLIA,1972:51).

(d). Pero esto no quiere decir que el desorden mental no exista. Por esto Basaglia afirma:

> "desde el momento en que los límites de la norma se han fijado en términos de productividad, la enfermedad mental, como cualquier otro tipo de inferioridad que margine del campo productivo, sólo asume socialmente una significación irreversible y estigmatizante para la clase más pobre y toda ideología específica -sea del sector que sea- no sirve más que para definir técnicamente esta diferencia". (BASAGLIA, 1972: 51).

Relacionando (en otro momento de su obra) el aumento de la población improductiva en las sociedades contemporáneas con el aumento de la población marginal, Basaglia contruye el concepto de "mayoría marginada" para englobar las relaciones entre ideología, poder y exclusión.

Considerando el fenómeno de la psiquiatrización de

lo cotidiano en las sociedades desarrolladas y refiriéndose en particular a la situación de Estados Unidos, Basaglia advierte que "en el momento en que se incrementa el grupo de marginados y el poder totalizante del capital reduce la "distancia", resulta necesario absorver al marginado haciéndole entrar, como tal, en una categoría que le defina (esto es, se sigue produciéndolo en la forma necesaria exacta) y que a la vez le controle". Esto explica la creación de nuevos aparatos institucionales que puedan instrumentar este control: asociaciones de jóvenes, de viejos, de niños, comunidades terapéuticas, asilos, manicomios, etc. (BASAGLIA , 1984:68).

Y aquí, él llega a una conclusión importante para nuestros propósitos:

> "El marginado como problema real (que es la otra faceta del capital que pierde, por cuanto es negación de sus valores o expresión de sus fracasos) se convierte en el problema del marginado como faceta del capital vencedor que lo asimila como problema técnico para el que están preparadas soluciones técnicas apropiadas (en especial las que aporta el psicoanálisis, la psiquiatría social, etc., y que han nacido como respuesta a unas exigencias prácticas y se han convertido luego en instrumentos de manipulación". (BASAGLIA , 1984:68).

Por otro lado, la sociedad subdesarrollada, sin disponer de un control eficaz sobre niños, jóvenes, viejos , hombres, mujeres, delincuentes, viciados en drogas, criminales, locos, etc., continúa intentando organizar el desorden en el ámbito de los manicomios y de las prisiones, mientras

que la gran mayoría de la población improductiva es abandonada en los suburbios, esquinas y calles.

Pero de modo semejante a la sociedad desarrollada, incorpora ideológicamente el problema real del marginado, siendo la locura "racionalizada como problema ideológico", o sea: se crea "el problema socio-psiquiátrico del inadaptado como tema ideológico". (BASAGLIA, 1972:69).

Una de las conclusiones a que llega Basaglia es la siguiente:

> "lo que importa analizar y comprender es, pues, el proceso mediante el cual el capital consigue transformar la contradicción -que no puede dejar de producir en el interior de su dinámica- en el objeto de su propia auto-reparación (en una ulterior consolidación); y ello para empezar a comprender como se realiza <u>prácticamente</u> la transformación de la realidad mediante la creación de las cualidades más adecuadas a esta perpetua transformación. El hombre es obligado a convertirse en lo que no es, hasta el punto en que "lo que no es" llega a identificarse con su naturaleza humana".

O sea: el marginado se vuelve loco. (BASAGLIA,1972: 88).

Otra de las conclusiones de Basaglia que nos interesa destacar aquí es la siguiente:

> "negar la enfermedad institucional .... no significa negar la existencia de la enfermedad mental: significa sólo reconocer que la enfermedad, como contradicción todavia no debelada o comprendida, está escondida continuamente bajo la enfermedad institucional" ...y "significa también que si no se extraen las diferentes incrusta-

> ciones y no se elimina la violencia institucionalizada, implícita en la realidad manicomial, no es posible encontrarle y hacerle frente". (BASAGLIA, 1972:88).

Si agregamos a esta interpretación de Basaglia, el punto de vista defendido por Klaus Dörner sobre ideología, poder y locura, podemos tener una visión más panorámica sobre la inserción de la lucha entre sanos y enfermos en una lucha mayor: la lucha de clases.

Basicamente, Dörner llama la atención para lo siguiente: la división hecha por la sociedad entre ciudadanos y locos tiene un significado eminentemente político-ideológico. Los ciudadanos son aquellos que están dentro de la sociedad civil. Los locos son los que están fuera de ella.

A partir de esta tesis general, Dörner formula el siguiente argumento:

> "El hecho de que los ciudadanos estableciesen la psiquiatría precisamente respecto a los <u>pobres</u> locos nos llevará a ver en los procesos aquí estudiados un momento de la lucha de clases y una primera solución de la naciente 'cuestión social'." (DÖRNER, 1974:10).

De esta forma,

> "...el 'loco pobre' es inicialmente entendido como 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 diferenciados desde siempre, sino de 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". (DÖRNER , 1974:36).

De esto se deduce que:

> "Su tratamiento tanto médico como medicinal esté estrechamente imbricado con las masas de ideas que se desarrollan con el nacimiento de la opinión pública de la burguesía". (DÖRNER, 1974:41).

Interpretando a la marginación de la irracionalidad como la marginación de los locos y de los pobres , Dörner señala lo que considera una de las principales contradicciones de la sociedad burguesa:

> "Por una parte lo irracional, es decir, los pobres y los locos, entraron a presión dentro de la sociedad burguesa, y por la otra, esta misma sociedad amplió sus exigencias liberadoras e integradoras de lo irracional"..."La necesidad del capital, a su vez era precisamente de hombres que fueran absolutamente manejables es decir , pobres, necesitados y sin ocupación, arrancados de las conexiones tradicionales ... " (DÖRNER, 1974:59).

Así, contradictoriamente, de un lado (el lado del pensamiento político) se argumentaba en nombre del derecho a la libertad, por otro lado (el del capital) en nombre de "una completa integración y de la anulación de la sublevación

política". Dentro de esta contradicción nace la psiquiatría como "toma de conciencia social sobre lo irracional,es decir, sobre los locos como 'locos pobres'." (DÖRNER, 1974:61).

Los aportes de Basaglia y Dörner de cierta forma no se separan de la concepción de la historia del hombre en los términos en que esta historia es entendida como "la historia de su represión". (FREUD, 1981:3.043). Sólo que en aquél caso se trata de una represión que señala los límites entre una "inferioridad original" y una supuesta superioridad de clase dominante, que establece las fronteras entre los ciudadanos y los locos, que define los umbrales entre la normalidad y la anormalidad, entre la salud y la enfermedad, entre la miseria y la riqueza.

El reconocimiento del papel que juega la represión en los días de hoy, ha obligado a que algunos autores se propongan redefinir el concepto de ideología y hasta de conceptos básicos del psicoanálisis. Es lo que ocurre por ejemplo, con Felix Guattari cuando dice que "no se puede hablar de inconsciente sin hablar de política al mismo tiempo" porque el inconsciente también habría sido capitalizado por la formación social dominante.

Teniendo como base los conceptos de marginalidad y micropolítica (entendiendo a la primera como portadora de cierta continuidad con la población hospitalaria, y la segunda como generalización de la represión) Guattari señala que en las sociedades del capitalismo mundial unificado (separado cada vez más del poder centralizador del estado) los mecanismos de poder instalados a nivel del individuo y la familia, han logrado una "verdadera sumisión colectiva hacia

el orden establecido", por lo menos en las sociedades desarrolladas. (GUATTARI, 1984:50).

En este sentido, la dominación del inconsciente por este "fachismo mundial" (nuevo modelo de sociedad y Estado) viene siendo conseguido a través de varias técnicas y medios de comunicación de masas, que terminan modelando las relaciones sociales, instruyendo, informando y orientando a los ciudadanos sobre hábitos que van desde como tener y criar los hijos, hasta lo que se debe leer.

Considerando las contradicciones inherentes a este nuevo tipo de sociedad, Guattari señala la necesidad de un concepto del inconsciente que supere los límites individuales del inconsciente freudolacaniano, y

> "nos permita comprender no solamente lo que sucede a nivel de individuos aislados, sino colectivamente; no sólo a nivel de grupos de individuos, sino también de grupos de órganos, de grupos de funciones,de procesos materiales, ecológicos, fisiológicos, etnológicos, económicos y políticos de cualquier naturaleza." (GUATTARI, 1984:58).

Por último afirma:

> "Los verdaderos problemas del inconsciente no son neutros ni benefactores. No existe ni un sólo problema del inconsciente que no implique una problemática micropolítica a nivel de la familia, de la empresa, de la escuela, del barrio o grupo social en que se halla inmerso".... además, "el camino real del inconsciente no pasa por lo imaginario; pasa por la práctica real, social, individual o colectiva" el análisis de este inconsciente "es, a la vez, un problema político y un problema micropolí-

> tico, que compromete a todas las estructu - ras represivas". (GUATTARI, 1984:59).

Por otro lado es esta misma preocupación con la práctica real social, concreta, que va a llevar a Mannoni a interpretar a la locura como status. Comenzando por dejar claro que la definición de la locura sigue en abierto, Mannoni comenta:

> "Freud ha respondido demostrando que no es necesario oponer la locura a la normalidad" ...aunque... "lo que se descubre en la locura está ya en cierto modo en el inconsciente de cada uno y los locos no han hecho más que fracasar en una lucha que es la misma para todos y que todos debemos librar permanentemente". (MANNONI, 1981:32).

Considerando a la locura como una estrategia de sobrevivencia más general, no solo económica, sino también existencial, Mannoni llama la atención para el hecho de que esta estrategia "permite obtener lo que de otra manera se niega, o para debelar lo insostenible de una situación". (MANNONI, 1981:39).

Por otro lado, dar el rótulo de loco a un determinado individuo significa el reconocimiento de la locura como status social de ese individuo. O sea, a partir de ese momento se dá la reificación del enfermo en un proceso que Mannoni intenta sistematizar de la siguiente manera:

> (a). "En la relación de la enfermedad, hallamos dos tiempos: un tiempo primero que se parece superficialmente a los mecanismos neuróticos y otro tiempo que es la transgresión de un límite y la entrada en la psicosis, reconocida como tal por los psiquiatras";
>
> (b). "el modo en que los terapeutas van a entrar

> en ese momento en el mundo persecutorio o alucinado del paciente se dá como un momento capital que puede comprometer en lo sucesivo todo retorno a la normalidad";

(c). "en ese momento el 'loco' va a recibir de los otros un status, sin que tengamos, por lo demás, conocimiento de la naturaleza oculta de la locura";

(d). "en este instante, el peligro reside en que el sujeto se borre totalmente detrás del uniforme del aislado, y se transforme... en una pura vestimenta de 'loco' ";

(e). De esta forma, bajo la presión del contexto, el joven que ingresa en la institución hospitalaria...

> "se convierte de sujeto en objeto, del que se habla, del que se goza, del que se dispone"..."se desprende de la locura una especie de 'sujeto absoluto' al cual el psiquiatra le concede status de objeto puro..." (MANNONI, 1981:40/41).

Caracterizando de esta forma el proceso de conversión del paciente en "loco", Mannoni destaca el papel que juegan la ideología y los mecanismos de poder en la rotulación y la exclusión del internado. Esta perspectiva se corresponde también con el trabajo de Robert Castel.

De acuerdo con Michel Foucault, la importancia de este trabajo se basa en haber llamado la atención para el hecho de que la psiquiatría siempre ha hecho parte de un "proyecto social global". En este caso, este trabajo sirve para que se entienda que

> "nuestras sociedades y los poderes que en ellas se ejercen están situadas bajo el signo visible de la ley. Pero, de hecho, los

> mecanismos más numerosos, más eficaces y más incisivos funcionan en los intersticios de las leyes según modalidades heterogéneas al derecho y en función de objetivos que no son el respeto a la legalidad sino, la regularidad y el orden". ...Por esto mismo "se ha establecido todo un régimen de 'no derecho' con aspectos de desresponsabilización, de puesta en tutela, y de mantenimiento en minoría; régimen que se hace aceptar justificándose por un lado, mediante funciones de protección y seguridad, y por otro, mediante un estatuto científico y técnico." (FOUCAULT, 1980:11).

A respecto de este tema, tratándose de la política desarrollada para el control de los vagabundos y mendigos, Castel afirma:

> "No se trata de poner en cuestión los fundamentos de una sociedad liberal con el reconocimiento de un derecho de los pobres, sino de intervenir antes de que una miseria excesiva no deje a las víctimas del sistema otra alternativa que la revuelta." (CASTEL, 1980:50).

En el caso de los trabajadores aptos para el trabajo, pero sin ocupación,

> "el descubrimiento de la necesidad del <u>pauperismo</u> como condición estructural de funcionamiento del capitalismo" termina por substituir "a la condena moral de la <u>mendicidad</u>", conduciendo a "una formación de la problemática de la asistencia especializada en política de sometimiento generalizada de las clases populares." (CASTEL, 1980:51).

En términos generales, lo que se desprende de las tesis de los autores hasta aquí analizados, es que la intitución hospitalaria debe ser entendida como uno más de

los espacios institucionales utilizados por la sociedad burguesa para el control de los sectores improductivos. O sea : al lado de las guarderías, de los asilos, de las instituciones de beneficencia, de las asociaciones de jóvenes, viejos, etc. El hospital representa el conjunto institucionalmente responsable por el control, por el tratamiento, por el aislamiento de un determinado sector de la población cuya conducta escapa al esquema previsto por esta sociedad, y que por esto mismo encuentra en la segregación la respuesta socialmente posible.

Y además de todo esto, de estas tesis se deduce el alcance de los micropoderes que se instalan al nivel de estas instituciones. O sea: la evidencia de la muerte política[1] del sujeto internado en la medida en que no interviene ni en las mínimas decisiones relativas a su propia existencia. Por ejemplo: no decide sobre horarios de visitas, de tomar baño, de dormir, de conversar, ni de comer. Así, el transcurso de los días responde a una planificación previa decidida en el ámbito central de la institución sin ninguna consulta a los mismos. Este cuadro, según lo entendemos, no puede ser visualizado fuera del marco de la lucha de clases, en la medida que reproduce una relación de dominación que se fundamenta, en la mayoría de los casos, en la propiedad. Que necesita producir lo improductivo y al mismo tiempo establecer formas de control eficientes sobre ellos.

Dentro de esta estratégia, el cuerpo se transforma en "objeto y blanco del poder", inmerso en un "esquema de docilidad" que termina por destruír el último reducto del alma humana: la voluntad. La voluntad de existir, de tener,

de seguir adelante, la voluntad de vivir. (FOUCAULT, 1983: 140).

4. Conclusiones generales.

En los términos específicos del caso analizado en este capítulo, podemos establecer las siguientes conclusiones:

a. En primer lugar, J.T. es un hombre "que antes de ser un enfermo mental es un hombre sin poder social, económico, contractual". (BASAGLIA, 1972: 92). En realidad, durante el tiempo que vivió y trabajó con su familia, J.T. estuvo presionado por dos instancias de poder igualmente autoritárias: su padre -que era el mediador en la relación con el propietario de las tierras- y el propio propietario, su patrón. Esta situación es vivida de forma tan radical que cuando J.T. realiza una acción considerada negativa por ambas partes (padre y patrón), estos terminan reaccionando de la misma forma, atacándolo en el último reducto: su cuerpo.

b. Dentro de la estructura de los micropoderes que caracteriza la relación contractual entre la familia de J.T. y el propietario de la estancia, el sometimiento a que está sujeta la primera, la lleva a asumir las reglas de la instancia dominante. El padre de J.T. es cómplice del castigo al hijo en dos momentos: cuando él mismo lo golpea, y en el instante en que se alía al hospital declarando la improductividad como "culpa" propia del hijo.

c. La "inferioridad original" de la cual J.T. es portador impide que este pueda hacerle frente al estigma recibido, porque cualquier cosa que pueda ocurrir dentro de la institución psiquiátrica termina siendo independiente de su voluntad. Inclusive esta "inferioridad original", en el

caso del estigma de la locura, puede ser un condicionante de carácter irreversible para la posible reinserción en la sociedad a través del trabajo.

d. Transformado en un problema técnico, J.T. difícilmente recibirá un tratamiento adecuado para su salud. El trauma sufrido como consecuencia de los golpes, continuará escondido debajo de la capa ideológica definida por su exclusión social, económica y política que ya existía mucho antes de su internación. Inclusive, admitiéndose por acaso que su caso pueda ser objeto de estudios específicos y que por esta razón reciba un tratamiento médico-psiquiátrico especial, sus posibilidades de recuperación son remotísimas porque no tiene asegurado los medios de vida necesarios para poder realmente volver a comenzar.

e. "Loco pobre", como la inmensa mayoría de los internados en hospitales psiquiátricos, o abandonado en la calle, J.T. seguramente terminará por asumir el status de loco, permaneciendo por el resto de su vida bajo la tutela de la institución. Sin que los misterios de su inconsciente sean analizados, sin tenerse en cuenta el contexto social a que estuvo sometido, sin ser evaluado técnicamente el alcance de las estructuras de los micropoderes que determinaron la alienación de su cuerpo y de su mente.

f. Muerto políticamente, J.T. vive su castigo sin darse cuenta que en la sociedad en que vive, (una sociedad governada por las cosas y por el valor que a ellas se atribuyeron) su salud y su vida, en última instancia, tiene menos valor social y material que los animales que se

perdieron durante sus salidas de fin de semana (dos vacas). Por lo tanto, sin condiciones de reaccionar contra esta realidad objetiva, continúa reproduciendo una lucha contra fantasmas que le dificultan la posibilidad de dar el paso de la consciencia individual para el de la consciencia colectiva sobre la explotación, sobre la represión y la violencia.

g. El proceso de alienación a que fue sometido J.T. puede ser explicado tanto en función de su trabajo como campesino de una estancia que organiza el trabajo en moldes no capitalistas, como puede ser explicado en función de las estructuras micropolíticas que se desarrollan en el plano de sus relaciones inmediatas: con su familia, en las relaciones de su familia con el patrón, en la propia relación entre ambos, en el marco moral que determina las conductas de la sociedad rural donde vive, en el ámbito de las costumbres donde fue socializado. Esto demuestra la necesidad de tener en cuenta tanto el enfoque marxista como el foucaultiano cuando tratan sobre alienación.

h. En el plano ideológico hay que enfatizar el alcance político que tiene la etiqueta de enfermo mental. Esta rompe con la posibilidad que tiene el sujeto de resistir contra la sociedad y el Estado, en la medida en que el discurso del loco (antes mismo de su divulgación), no es válido socialmente. Esta, al final, ha sido la práctica de las sociedades cuyo desarrollo se afirmó a través de la represión política y del atentado a la integridad física y moral de sus ciudadanos, siempre que ellos se manifestaron en contra del proyecto político-institucional. Siempre que sus

conductas dejaron de satisfacer las expectativas sociales, siempre que se negaron a desempeñar el papel que tenían adjudicado, siempre que demostraron incapacidad para producir, pueden terminar por recibir cualquier etiqueta que sirva a un triple control: moral, económico y político.

i. Por último, el caso particular de J.T. pierde su carácter de excepción, considerando el cuadro más general de absoluta falta de respeto del capital por la vida de los trabajadores agrícolas en Brasil. De acuerdo con los datos de la Comisión Pastoral de la Tierra, "solamente en 1985 y 1986 fueron asesinados en Brasil, cuatrocientos labradores y, en los 1.270 crímenes de muerte contra labradores, en los últimos veintiun años, ningún mandante o responsable fue punido". (FOLHA de Sao Paulo, 14. VI. 1987, pp. A-4). Como vemos, su caso ni siquiera llega a ser de los más graves, no obstante haya servido, en mucho, para ilustrar las relaciones que necesitamos establecer.

En el próximo capítulo, el análisis de algunos otros casos investigados en el mismo hospital, en el año 1983, complementarán esta interpretación, posibilitando por un lado, la matización del problema, y por otro facilitando las respuestas tentativas finales de este trabajo.

NOTAS

(1) El concepto de muerte política que utilizamos aquí se basa en el concepto de "muerte civil" utilizado por Goffmann (1974: 25) para nombrar la pérdida de los papeles y el proceso de "mortificación" al cual es sometido el internado.

BIBLIOGRAFIA CITADA

BASAGLIA, Franco. "Segregación y Control Social" in: BASAGLIA, Franco et alli. La salud de los trabajadores, México, Nueva Imagen, 1984, 4º ed., pp. 175/187.

BASAGLIA, Franco. "La asistencia psiquiátrica como problema anti-institucional" in: GARCIA, Ramón (org.) Psiquiatría e Ideología de la locura, Barcelona, Anagrama, 1972, pp. 47/61.

BASAGLIA, Franco y ONGARO, Franca Basaglia. La mayoría marginada, México, Fontamara, 1984.

BASAGLIA, Franco y ONGARO, Franca Basaglia. "La enfermedad y su doble" in: GARCIA, Ramón. Psiquiatría e Ideología de la locura, Barcelona, Anagrama, 1972, pp. 63/88.

BASTIDE, Roger. Sociología de las enfermedades mentales, México, Siglo XXI, 1983, 8º ed.

CASTEL, Robert. El orden psiquiátrico, Madrid, La Piqueta, 1980.

DÖRNER, Klaus. Ciudadanos y Locos. Historia Social de la Psiquiatría, Madrid, Taurus, 1974.

DORNELLES, Francisco. Declaração à reportagem " Aumenta a mortalidade infantil no Brasil" in: Tribuna da Bahia, 16. VIII, 1986, pp. 13.

DURKHEIM, Émile. O Suicídio, R.J., Martins Fontes, 1977, 2º ed.

FERNANDEZ OSORIO, Jorge. "prólogo", in: RICCHI, Renzo. La muerte obrera. Investigación sobre los homicidios

blancos y los accidentes de trabajo, México, Nueva Imagen, 1981, pp. 13/22.

FOUCAULT, Michel. "Presentación" in: CASTEL, Robert. El orden psiquiátrico, Madrid, La Piqueta,1980.

FOUCAULT, Michel. Vigilar y Castigar, México, Siglo XXI,1983, 8º ed.

FREUD, Sigmund. El mal-estar en la cultura, Madrid,Biblioteca Nueva, 1981, Obras Completas, Tomo III, pp.3.017/3.067.

GUATTARI, Felix. "Revolución Molecular y Lucha de Clases" in: MARCOS, Sylvia. (org.) Antipsiquiatría e Política, México, Extemporáneos, 1984, pp. 49/61.

ISTO É, 16. VIII. 1986, pp. 28/29.

JORNAL DO BRASIL, 08.08.1986, 1º caderno, pp. 09.

LAURELL, Asa Cristina y MARQUEZ, Margarita. El desgaste obrero en México, México, Era, 1983.

MANNONI, Maud. El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis , México, Siglo XXI, 1981.

MARCOS, Sylvia.(org.) Antipsiquiatría e Política, México, Extemporáneos, 1984, 2ºed.

MARX, Karl. El Capital, Tomo I, Vol. 3., México Siglo XXI, 1979, 5ºed.

QUESADA, Federico Ortiz. Salud en la pobreza. El proceso salud-enfermedad en el Tercer Mundo, México, Nueva Imagen, 1981.

RICCHI, Renzo. La muerte obrera. Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo, México,

Nueva Imagen, 1981.

SORIANO, Raúl Rojas. Capitalismo y Enfermedad, México, Folios, Ed., 1982.

CONCLUSIONES

1. Trabajo, pobreza y locura.

Para concluír -con la intención de demostrar las relaciones entre los objetivos de este trabajo, el marco teórico conceptual a partir del cual se trató de construír el objeto de investigación, y las hipótesis- , inicialmente nos referiremos a una selección de diez casos de pacientes internados en el hospital Santa Mónica, cuya especificidad resalta el carácter de las relaciones entre alienación, producción, trabajo y poder.

A nivel empírico, el estudio de estos casos posibilitó una variedad de matices tanto a nivel del caso que tratamos en el capítulo VI, como en el de los datos globales recogidos durante el trabajo de campo que fueron discutidos en el capítulo V. Este estudio permitió la distinción de diversos aspectos analizados, sea a través de la comparación, o mediante un confronto entre historias personales,favoreciendo así una toma de conciencia sobre las diferencias individuales subyacentes al proceso de internación.

A nivel teórico, el análisis de estos casos posibi-

litó -conjuntamente con los resultados de los capítulos V y VI-algunas reflexiones sobre la temática del poder, de la alienación y de la conciencia de los sectores oprimidos sometidos a situaciones extremas, consideradas de fundamental importancia para el estudio de la inserción de estos mismos sectores en el marco más amplio de una lucha de clases.

CASO 1. (A. C.) Comerciante; nacida en la ciudad de Feira de Santana en el interior del estado de Bahía, en una región de características rurales. Sobrevivió, junto con la familia, en condiciones materiales miserables. Abandonó los estudios antes de finalizar la escuela secundaria. Actualmente tiene 27 años, es soltera, inmigrante (oriunda del área rural), radicada en la ciudad de Salvador hace siete años. Un año después de estar viviendo en la ciudad, expulsó a gritos al cura de la iglesia de San Francisco (ésta, ubicada en el centro de la ciudad, es una de las iglesias más ricas de Bahía), saqueó la caja fuerte y distribuyó el dinero entre los pobres que fue encontrando en el frente de la iglesia (en esa oportunidad, los mismos formaban una interminable fila para recibir el pan que la orden religiosa ofrece todos los martes en el lugar). Después de este episodio, robo a la iglesia, fue encaminada para la cárcel, para posteriormente ser internada en el Hospital Psiquiátrico. Actualmente, enfrenta su cuarta internación.

CASO 2. (C. R.) Mensajero del Banco de Brasil. Nació en un area rural, en el estado de Pernambuco al norte de Brasil. Tiene 17 años, con la escuela primaria finalizada, es soltero y está internado por primera vez. Su familia está constituída por sus padres y tres hermanos, el padre trabaja

como comerciante y la madre es empleada en un salón de belleza. De niño y aún de adolescente, era víctima de la violencia paterna siendo golpeado permanentemente. Actualmente, se pueden ver en su cuerpo las cicatrices fruto de los golpes recibidos. Todo su grupo familiar ha vivido bajo fuertes presiones económicas y él en particular, tuvo que empezar a trabajar cuando tenía cinco años como vendedor ambulante, teniendo que "mantener" siempre su trabajo. Debido a las palizas que recibe cada vez que pierde un "empleo", su drama se transforma en pánico, hasta que a los trece años comienza con el uso de tóxicos y a los diecisiete años es internado. Actualmente consume drogas de forma indiscriminada, sueña repetidamente que es presidente de la república, quiere "cambiar el tiempo".

CASO 3. (R. S.) Era estudiante. Nació en el interior del estado de Bahía en Brasil, en una zona rural. La hija mayor de una familia de diez hermanos, soltera, sin hijos y actualmente con 67 años de edad. Fue educada en un colegio de monjas, abandonando este cuando termina la escuela secundaria. En la misma época debe enfrentar la muerte de su padre (labrador), que desarticula a todo el grupo doméstico. Este, abandona progresivamente la casa paterna, dejando atrás el "pedacito" de tierra que cultivaba, emigrando hacia la capital para entrar en un proceso gradual de pauperización. La condición de inmigrante para R. S. resulta insoportable, la muerte de su padre y la inmigración para la "gran ciudad" que debe enfrentar, significó una derrota para ella siendo internada por primera vez a los 21 años. A partir de ese momento se enferma permanentemente, y es internada 40 veces comentan-

do que "ya no tiene esperanzas de curarse".

CASO 4. (O. P.) Trabajaba como obrero en la industria de la construcción civil. Nació en San Félix, ciudad del interior del estado de Bahía. Fue criado por su abuela, la cual es enferma mental, tiene un hermano que también padece de trastornos psíquicos. Actualmente, con 29 años, analfabeto, soltero y una hija, enfrenta su segundo período de internación. Sufrió un accidente de trabajo, cuando colaboraba como obrero en la construcción de un puente. Por error de cálculo, el puente se desplomó y O. P. salió herido, perdiendo bruscamente los movimientos de su mano derecha. Después del accidente, busca trabajo en diversos lugares, pero la imposibilidad de uso de su mano derecha provoca un bajo rendimiento en el trabajo y contínuos períodos de desempleo. Por estos motivos, se enferma, vive con pánico y siempre considera que "el mundo se va a caer sobre mi cabeza".

CASO 5. (S. V.) Trabajaba en un banco. Nació en Salvador, Bahía. Tiene 44 años, abandonó los estudios al completar la secundaria, es casado, tiene nueve hermanos y tres hijos. Se encuentra internado por primera vez. Fue involucrado por fraude en un juicio administrativo y "despedido injustamente después de 25 años de servicio". Después de una larga carrera, comenzando como mensajero del banco, después como secretario, como cajero, caja ejecutivo, llega al cargo de gerente de banco (del cual es despedido). En la época en que tiene participación en el fraude, asume una personalidad agresiva que repercute en ataques físicos contra la mujer y sus hijos. Todo esto, con un uso abusivo del alcohol. Actualmente, se considera "un fracasado, y muy

cansado después de tanta lucha, como para volver a empezar..."

CASO 6. (V. M.) Nació en Cachoeira, en el interior del estado de Bahía en un área rural. En la época de la entrevista tenía 46 años, seis hijos y se encontraba internado por la 30º vez. Estudió hasta concluír la escuela primaria, para comenzar a trabajar desde "muy chico" en una tienda de abarrotes en Cachoeira antes de cumplir los 16 años. Algunos años después la tienda quiebra y él se muda para la capital. A partir de ese momento, intenta de "todo para sobrevivir": se dedica a trabajar en tareas domésticas en limpiezas consideradas "más pesadas", en bares, como cobrador de pasajes en los autobuses de la ciudad, como lustrador de zapatos, basurero, etc. Hasta que a los treinta años, según él dice: "se alocó" porque "no conseguía mantener a la familia".

CASO 7. (A. L.) Estuvo internado en una de las fundaciones de asistencia al menor durante tres años, por consumo de tóxicos, pequeños robos y otros delitos de los cuales no recibí información. De padre "desconocido", con una madre que se ganaba la vida trabajando como lavandera y seis hermanos, vivieron toda la infancia bajo "una miseria total". Cuando nuestro entrevistado era niño, una de sus tareas domésticas consistía en revolver los tachos de basura por las calles, para buscar cosas posibles de ser comidas o vendidas. Actualmente, tiene 19 años y una historia que se repite: tratar de "escapar de la casa" debido a la violencia practicada por su madre y sus hermanos mayores, contra él.

CASO 8. (F. M.) Era obrero de la construcción civil, semi analfabeto. Nació en Salvador, miembro de una familia

de ocho hermanos , con su padre también trabajando en la construcción civil. Hace ocho años, mientras trabajaba, se cayó de un edificio en construcción sobre una pequeña montaña de hierro y cemento. Desde entonces, afirma: "perdí la razón" . Considera que su nombre debería estar inscripto en las Escrituras Sagradas. Abandonado por la compañera con la cual tiene dos hijos, en el momento de la investigación enfrentaba por vigesima vez la internación, con breves espacios de alta.

CASO 9. (J. O.) Hijo de una indígena Kiriri del municipio de Mirandela, interior del estado de Bahía, fue educado por el médico de la ciudad con un tratamiento siempre distinto al de los propios hijos. Basicamente, éste afirma: "fui criado como sirviente de la casa, lo que me daba mucho coraje". Tiene 30 años, y no llegó a completar la escuela secundaria; tuvo un hijo, y aproximadamente quince internaciones. Abandonó la casa del médico, no conoce a su padre y hace mucho que no tiene ninguna clase de contacto con su madre. Comenzó a trabajar en servicios pesados en la Marina. Hace quince años, aproximadamente, mientras trabajaba se cayó de un árbol y sintió que "empezó el cambio". Actualmente es alcohólico y consume tóxicos.

CASO 10. (L. M.) Nació en un área rural, en el municipio de San Sebastian de Passe, en el estado de Bahía . Con una familia numerosa de ocho hermanos, casi analfabeto , es soltero, a la temprana edad de 16 años, emigra para la capital del estado de São Paulo, buscando trabajo para poder "huír de la miseria". Ejerce alrededor de ocho actividades diferentes y mal remuneradas, que van desde lustrar zapatos hasta pintar paredes. "Después de mucha lucha, de encontrar y

perder trabajos, no soporté más y me enfermé de la cabeza" , afirma. Cuando no está internado, vive en la pequeña casa rural de la familia donde dice: "no quiero ver coches, no quiero ver gente, no quiero oír ruidos". En síntesis, no quiere justamente las tres cosas que son permanentes en las calles de São Paulo. Actualmente, está incapacitado para el trabajo.

El criterio básico para la selección de los casos expuestos, se basa en el hecho de que estos son capaces de ilustrar varias situaciones comunes a un gran número de pacientes, posibilitando al mismo tiempo, una aproximación y diferenciación en lo referente a los resultados de los datos trabajados en los capítulos anteriores. Por esto mismo, una reflexión sobre ellos, puede llevarnos a conclusiones que nos permitan la definición de tendencias de una forma más adecuada, en virtud de las relaciones que intentamos establecer en este trabajo, entre locura y pobreza en Bahía.

La secuencia de los casos elegidos se corresponde con la historia de seis migrantes que vivían en el interior del estado de Bahía, uno que viene de otro estado del nordeste brasilero y otros tres pacientes que nacieron en Salvador. Dos mujeres y ocho hombres, con edades que oscilan entre diecisiete y sesenta y siete años y ocupaciones que varían desde estudiante a obrero de la construcción civil, mensajero de banco, bancario, changador, sirviente y desocupado. De forma propositada, las historias incluyen desde situaciones poco comunes -como el caso 1 que se refiere a la práctica del saqueo, por ejemplo- hasta situaciones esperadas como la de los casos cuatro y ocho, que tratan de la reacción de ex trabaja-

dores de la construcción civil con respecto a los graves accidentes de trabajo a que son permanentemente expuestos.

De la misma manera, el nivel de escolaridad oscila entre el analfabetismo hasta la escuela secundaria completa, condicionando esto, visiblemente la práctica laboral de cada uno de los individuos aquí analizados.

La situación expuesta en el caso uno, sirve para mostrar la condición de aquellos que vivieron un acontecimiento determinado (de sus propias vidas), considerado inicialmente caso policial, para después verlo transformarse, socialmente, en un caso "originado" por disturbio mental. Asistimos en esta ocasión, al confronto de dos lógicas completamente opuestas: la de la joven que realiza el robo contra el cofre de una iglesia cuya ostentación salta a los ojos (techo y altares revestidos en oro, imagenes riquísimas, etc.) para distribuír el robo entre los mendigos, y la lógica de la propia orden religiosa, que pretende actuar en nombre de los pobres de la ciudad, pero que no vacila en llamar a la policía del barrio, cuando se siente amenazada por una mujer, sola y pobre. Sobre esta contradicción, hay que mencionar inclusive la contra-lógica de una policía que sorprendida por el hecho de que el producto robado no sea comercializado, sino muy por el contrario socializado, parte para presuponer que ésta debe ser encaminada al hospital psiquiátrico, porque la misma "solo puede estar loca ...".

El desdoblamiento de la historia de A. C., no llega a ser muy diferente -por lo menos en sus resultados- de la historia del migrante Nascimento, analizada por Almeida Filho

(1986)al estudiar las implicaciones entre migración y rótulo psiquiátrico. Nascimento, perdido en la gran ciudad, huyendo de la miseria y sin ninguna referencia de este mundo urbano , también se convierte en un caso policial cuando resbala con - fundido, hambriento y agotado, contra una fila de pasajeros de ómnibus. Y sí no fue rotulado posteriormente de loco, de acuerdo con la voluntad de la propia policía, se debe a que un interno de medicina -haciendo uso de la autoridad institucional- se recusa a aplicarle dicho tipo de sanción.

En estos casos, la vulnerabilidad de A. C. y de Nascimento al rótulo y estigma posterior, sólo puede ser interpretada sí partimos de considerar que ellos no son agentes sociales del proceso de formación de clases. (Almeida Filho, 1986: 27). Su vulnerabilidad inclusive se explica por su propia condición de migrante que termina por reducir a la mínima condición, la posibilidad de venir a ser un agente de este proceso, hasta porque la ausencia misma de su contexto de origen significa el rompimiento de la red social y afectiva que le podría conceder algún soporte material y existen - cial, reforzando su propia identidad social. Una identidad que termina por ser deteriorada progresivamente en un contexto nuevo, desconocido y hostil.

Los casos dos y siete, por otro lado, ilustran la situación de muchos jóvenes pacientes que habiendo sido objeto de violencia dentro del grupo familiar, terminan por asu - mir la condición de delincuencia a través de pequeños robos y consumo de drogas. Llama la atención en estos casos, las asociaciones que adopta la violencia en lo referente a la fuerza de trabajo infantil en el interior del grupo doméstico.

O sea, tanto C. R. como A. L. sufrieron fuertes presiones psí cológicas para comenzar a trabajar tan temprano como fuera po sible, sin que hubieran desarrollado todavía las condiciones mínimas de discernimiento y los mecanismos de defensa necesa- rios para cualquier tipo de enfrentamiento con el mercado de trabajo. No es de asustar que uno de ellos termine siendo capturado por una de las Fundaciones de asistencia al menor y sea rotulado de menor infractor. No es tampoco asustador , que ambos hayan necesitado recurrir al uso de drogas para poder soportar un cotidiano ausente de cuidados y afec tos.

Al final de cuentas, estamos delante de una de las herencias del modelo económico brasilero, cuyo patrón de exclusión y concentración es responsable por la existencia de "65 a 70 millones de personas menores de dieciocho años",cuya mitad -36 millones- "está en abandono". De acuerdo con datos gubernamentales y de entidades ligadas al sector, "400 mil menores están internados en instituciones. De esta cifra , 14 mil son infractores". (O ESTADO, 21.6.87). Esta situación indica inclusive, la existencia de otros datos igualmente gra ves : actualmente en Brasil, tenemos "53 % de menores desnu - tridos, 87 % sin el pre-escolar y 8 millones de deficientes" constituyendo el cuadro más alarmante de América Latina . No es de extrañar consecuentemente, que jóvenes como C. R. y A. L., que ya nacieron excluídos, encuentren en el hospital psiquiátrico el sello de una descalificación social que comenzó en el momento mismo de su nacimiento.

Con respecto a los casos cuatro y ocho, estos repre sentan otro nivel de violencia. La violencia a la cual están

sometidos los obreros urbanos de la construcción civil, los cuales representan el 12 % del contingente investigado en el hospital contratado. Las diferencias de origen de estos dos casos estudiados -urbano y rural-, no son condicionantes significativos en lo que respecta a su destino posterior, sea tanto en relación al accidente sufrido, como a la imposibilidad emocional para seguir buscando y conservando actividades. La condición de estos pacientes, F. M. y O. P., puede muy bien ser relacionada al dramático cuadro de irresponsabilidad de nuestras industrias con respecto a la vida humana: recientemente, Tambellini (1978: 106) demostraba que la estimativa para accidentes típicos que causan lesiones en el Brasil "atacan aproximadamente 120 entre 1.000 asegurados de INPS y en este mismo grupo mata en razón de 26 por 100.000 (cerca de 13 muertes por día habil) y torna inválidos 12 de cada 100.000 asegurados."

En el año de 1975, de acuerdo con los datos del mismo instituto (Instituto Nacional de Previdencia Social), ocurrieron 6.283 accidentes por día hábil trabajado, lo que representa un índice medio de 13 % de empleados accidentados. Entre las industrias que presentaron mayores índices, sobresalen la industria vegetal con 37,8 %, la industria de madera y corteza con 35,3 % y la de la construcción civil con 29,8%. (Tambellini, 1978: 106). A lo que respecta, nada ha sido hecho para mejorar esta situación, principalmente en las pequeñas y medianas industrias que acostumbran a operar utilizando escasos recursos para la seguridad del trabajador.

Pobres, analfabetos, valiéndose sólo de sus manos como herramientas de trabajo, F. M. y O. P. se desesperaron

después de haber sufrido un accidente que agravaría todavía más su falta de calificación original, sufriendo depresiones, enfrentando crisis nerviosas que terminarían por conducirlos al hospital como salida de emergencia para suplir la falta de comida, remedios y ropa. En el caso de O. P., la presencia de disturbios mentales en dos personas de la familia (abuela y un hermano) sería un indicador posible para investigar causas genéticas generadoras del proceso en el que actualmente vive. No obstante, se verifica que solamente después de perder su mano derecha es que O. P. termina por perder también su rumbo, porque a partir de esta situación pierde su capacidad para trabajar y por consiguiente para sobrevivir.

El caso tres, cuenta la historia de una mujer que no llega a tener inserción en el mercado de trabajo. R. S., hija de labrador, de la misma forma como debe haber ocurrido con millares de miembros de familias de migrantes, ilustra con su situación particular, la condición de los que migran en grupo. Sus hermanos fueron dejando las tierras improductivas gradualmente. Ella acompañó a la madre y a tres de los dos hermanos más jovenes en un duro proceso de adaptación a la ciudad por parte del grupo. Y terminó por quedarse atrás del propio grupo, no consiguiendo ni siquiera lo que aquellos lograron: una precaria vinculación con el mercado de trabajo informal. La tensión ocasionada por el cambio sufrido, dejando atrás el colegio de monjas, las amigas y el resto de los parientes, sumado a la tensión que su grupo doméstico tuvo que soportar en consecuencia de su desarticulación, produjeron un efecto desastroso sobre el proyecto individual de R.S, contribuyendo para una crisis de identidad que la condujo al

hospital psiquiátrico.

Sin duda alguna, el caso de R. S. sirve como ejemplo de lo que ocurre con las mujeres a nivel de los sectores oprimidos en situación de extrema pobreza y miseria: la perdida del padre, la fragmentación del grupo, la soledad de la gran ciudad y la dificultad para encontrar trabajo y/o marido, indicaron el camino del hospital como la única salida viable para "no alimentar más una boca", según su madre, cuando justificó su internamiento.

El caso cinco, deja en evidencia los resultados de la inserción en el mercado de trabajo, bajo un sistema de selección cuya base radica en un riguroso sistema de competición. S. V., de acuerdo a lo que se desprende del sumario de su historia, realiza una carrera brillante dentro de la institución bancaria donde trabajo desde que era adolescente. Su trayectoria fue un suceso, siendo premiado con el cargo de gerente a los veinticinco años de trabajo. Su discurso sobre la participación en el fraude, como no podía dejar de ser, es ambigüo; por momentos admite su participación en el mismo, mientras que en otros niega la participación y acusa a algunos colegas de haberlo denunciado sin motivos.

Lo que llama la atención en el caso mencionado es el sentimiento de fracaso demostrado por el paciente. La situación se reviste de una profunda ironía, si se tiene en consideración que durante veinticinco años, S. V. hizo todo como debería. O sea, durante veinticinco años él actuó de acuerdo a la expectativa de los patrones, de la sociedad en general y de su familia en particular. Al cometer (si es que cometió ...) el primer delito de su vida, termina por ser

despedido despues de haber respondido a un sumario administrativo que "tiró en el barro" su nombre y reputación.

El sentimiento de fracaso que toma cuenta de S. V. orienta la propia salida que de alguna forma él eligió: el hospital psiquiátrico, interpretado (aunque no sea de forma tan explícita) como el lugar de los fracasados en general. Por otro lado la prisión, como otra alternativa posible sería menos confortable que el hospital. Así, vemos que el hospital se transforma en una "estrategia de sobrevivencia" tanto para las personas extremadamente carentes como para aquellas que ante la opción -prisión, instituciones de "asistencia" al menor (como en el caso 7)- "prefieren" la internación en el mismo.

Los casos seis, nueve y diez además de tener en común la condición de migrante, comparten también los efectos negativos que la lucha por la sobrevivencia puede acarrear para la salud mental de los trabajadores. La inestabilidad en el empleo, el cambio constante de actividad, el carácter servil y pesado de estas actividades, terminaron por socabar las resistencias emocionales de los entrevistados. El caso específico de J. O. (9), por la condición de pertenecer a una minoría étnica, criado por una familia de "blancos" que cobra en trabajo doméstico el precio de su reproducción, indica claramente los términos en que se da acogida a los miembros de "razas inferiores": trabajo y sumisión, de la misma forma como eran tratados los hijos de los ex-esclavos, o como ocurre actualmente con los negros que son criados en mansiones y estancias.

El caso diez, a su vez, sugiere el cuadro más gene-

ral sobre la situación de los trabajadores del interior del estado de Bahía,que emigran para São Paulo o el sur del país, sin disponer del nivel de calificación necesario para conseguir un cambio real de la situación socio-económica. La reacción de fuga y aislamiento de L. M. puede ser perfectamente referida a un contexto hostil e inclusive, al contraste entre su sueño de mejorar su vida y las reales condiciones que tuvo que enfrentar en un medio desconocido y superpoblado.

Con relación a lo expuesto en los capítulos IV, V y VI, estos casos instrumentan todavía más claramente la comprensión de la gravedad de las condiciones de vida del trabajador bahiano, estimulando la reflexión sobre los componentes sociales contemplados en la reproducción del desorden mental. E inclusive, estimulando la contextualización del marco de la dependencia económica, social y política en el que viven las sociedades periféricas.

Salta a la vista, las similitudes entre las condiciones de vida del trabajador bahiano interpretadas en los capítulos anteriores, y los casos que de modo sucinto acabamos de relatar. También resaltan las diferencias,que permiten el rescate de la subjetividad de cada uno de los individuos citados en la medida en que reconocemos la fuerza de los elementos subjetivos en los procesos de selección y elección de las respuestas estrategicamente posibles para las agresiones recibidas. Teniendo en consideración que esta subjetividad no se construye por casualidad, sino que es generada socialmente , en el ámbito mismo de la reproducción social de los individuos y nos permite la comprensión de las diferentes respuestas encontradas -robo, huida, aislamiento, agresión, depresión, fraude, etc.- en sus componentes objetivos.

2. El contenido histórico-social del desorden mental: conciencia y alienación.

La generalidad de las conclusiones obtenidas en el quinto y sexto capítulo, agregando los resultados que surgen de estos relatos de casos particulares, mantienen una relación con los objetivos generales y específicos expuestos en la introducción de este trabajo, de la siguiente forma:

a. Queda indicado que la exclusión económica, social y política a la que están sometidas las personas investigadas, tiene su origen en un período anterior a la internación, definiendose en los términos de su origen de clase. En este sentido, estamos totalmente de acuerdo con Suárez (1928: 07) cuando sostiene:

> "En nuestra sociedad capitalista los hombres viven, se enferman, son asistidos y mueren de clase. La enfermedad y la locura son , desde luego, contingencias a las que está expuesto -por su doble condición de ser vivo y de sujeto del deseo, del habla y la angustia- todo ser humano. Pero como, cuando, en que forma y bajo que condiciones sociales perderá su salud o su razón y la asistencia que recibirá en uno u otro trance, dependerá decisivamente de su condición de clase".

b. Queda señalado el contenido histórico-social del desorden mental en un contexto de dependencia económico que mantiene en condición miserable, más de la mitad de la fuerza

de trabajo disponible. Así, las relaciones entre locura y sociedad son interpretadas aquí como el resultado de la reproducción de las relaciones económicas, la cual no se da "fuera de ningún proceso concomitante de institucionalización de las relaciones de subordinación" (GUILLON de ALBUQUERQUE, 1978 : 10). Relaciones cuyo resultado es la ocurrencia de profundas fracturas entre el individuo y su medio social.

c. Por otro lado, los resultados de esta investigación sirven también a nuestros objetivos específicos, en la medida en que sugieren tendencias sobre las relaciones entre proceso de trabajo, prácticas autoritarias, violencia, represión y desorden mental, subrayando que las diferencias de clase social condicionan la funcional asociación ideológica del desorden mental con el crimen, la delincuencia, la mendicidad, el desempleo, el subempleo.

Dentro de este cuadro general es que evaluamos las condiciones de vida del trabajador bahiano, observando sus similitudes con las condiciones de vida del trabajador en las sociedades dependientes. Observando también, las relaciones entre las respuestas del contingente investigado y la práctica de la alienación, lo que conduce a la definición de otras tendencias sobre conciencia, ideología y alienación de los sectores oprimidos en situaciones extremas.

Al considerar el problema de la alienación, queremos llamar la atención para nuestro cuadro de hipótesis, que además de indicar lo mínimo a ser investigado, el contenido histórico-social del desorden mental, sugiere también la utilidad ideológica de la práctica de la internación como un mecanismo que sirve para decretar la muerte política de esta

población excluída socialmente desde su origen. Sin pretender negar la acción de resistencia y lucha de los movimientos masivos, resultante muchas veces de la capacidad de movilización del ejército industrial de reserva (hecho comprobado en la historia del continente latinoamericano), aclaramos que los resultados de esta investigación bien como los de la bibliografía consultada para su realización, de una manera general, indican principalmente (por lo menos a nivel de la institución hospitalaria), que la resistencia ejercida por los sujetos sociales en cuestión contra el aparato institucional, se ha limitado a los términos de una micro resistencia. O sea, se ha limitado a estrategias individuales que variando la táctica utilizada como esconder o tirar el remedio que deberían tomar, hasta la fuga del hospital en los descuidos de la vigilancia, no manifiestan la existencia de ninguna articulación de fuerzas en el sentido de vencer o socavar a la institución.

Estas pequeñas (pero no poco importantes) formas de resistencia terminaron planteándonos algunos interrogantes sobre las actitudes del contingente investigado en los períodos anteriores a la internación. Basicamente en lo referente a los esquemas de dominación a los cuales estuvieron sometidos directamente: familia y trabajo. Tales preguntas a su vez, fueron empleadas metodológicamente, en el sentido de facilitar la operacionalización del propio concepto de alienación, permitiendo la comprensión de la problemática de la conciencia y la ideología en los siguientes términos:

a. La explotación a que fueron sometidos los pacientes investigados durante toda su vida -sea la explota -

ción económica, social, política y afectiva vivenciada en el interior del grupo doméstico, o la de su fuerza de trabajo llevada a cabo de un modo asustador por la dinámica del capital en nuestra sociedad- no parece ser suficiente, para conseguir traspasar el nivel de conciencia individual al de conciencia colectiva. O sea, dificilmente los mecanismos de microresistencia observados durante el cotidiano de estos pacientes, o los accionados por ellos en los períodos que anteceden a su internación, podrían ser relacionados con una conciencia de clase.

Ni siquiera en los casos de personas que fueron violentamente agredidas por accidentes de trabajo (fruto de una total irresponsabilidad de los patrones), se puede escuchar por parte del agredido, una formulación, que al nivel del discurso manifestase mínimamente su conciencia como integrante de un conjunto de trabajadores igualmente explotados y agredidos.

Tal situación nos obligó a tener en consideración las dudas de Oliveira (1987) en lo referente a la viabilidad de construír una identidad de clase, en el caso específico de los trabajadores del sector informal bahiano. Las peculiaridades políticas a nivel local, como por ejemplo la demagogia de las clases dominantes, la disimulación de las diferencias sociales e inclusive el hecho de que los trabajadores del sector informal (al cual pertenecen la mayoría de los investigados de este trabajo) se encarguen también de realizar servicios para el propio proletariado local, terminan dificultando la percepción más inmediata del cliente como <u>el otro</u>.

b.En nuestro caso, el nivel de la alienación puede ser empíricamente comprobable a través del discurso de los pacientes investigados, en la medida en que tal discurso se confunde con las interpretaciones de la instancia opresora, sea esta el ex - patrón, la familia de origen, el vecindario, el cuerpo institucional hospitalar.

De esta manera, las justificativas construídas durante el proceso de interpretación sobre la coyuntura vivida, es formulada por estos sujetos en los términos de una derrota personal, en la relación entre suerte o desgracia, en los términos de su auto-descalificación, sin que se perciba un contenido crítico en relación al opresor. Así tales justificativas toman las siguientes formas: "yo estoy mal porque no tengo suerte", "yo vine a parar aquí por que Dios no me ayudó", "yo estoy aquí porque soy débil de la cabeza", "yo fui internado porque soy burro y no sé de las cosas", "yo estoy aquí porque fuí perseguido por los vecinos", etc.

Este tipo de interpretación alcanza su momento supremo de rendición a la ideología dominante, cuando el paciente termina por descalificarse completamente, negando cualquier posibilidad de construcción de un proyecto alternativo al que le ofrece la institución. Justificándose en los términos de que "yo estoy cansado en demasía para recomenzar", "yo no tengo otra salida", "yo no puedo luchar más", " mi lugar es aquí". En este sentido, la economía del poder institucional logra su gran triunfo: rinde completamente al individuo, haciendo con que él asuma como propia, una formulación que en el fondo se origina en el polo del opresor,

haciendo que sea autolegitimada la imposibilidad de esperanza en el futuro, de lucha por este futuro, de ampliación del nivel de conciencia, de percepción de las potencialidades. E inclusive, de percepción y comprensión de otras estrategias de sobrevivencia que no necesiten de la institución, sino que se fundamentan en la dinámica de los movimientos sociales, en la lucha por el trabajo, en la lucha por la liberación.

c. Pero como dijimos antes, este "quiebre" del proyecto individual, ya se anticipaba en las reacciones de estos pacientes en las situaciones de vida que tuvieron que enfrentar. En el caso de los internados del Manicomio Judiciario por ejemplo, la pregunta sobre quien habría sido la víctima de la agresión del "paciente-criminoso" sugiere a su vez, la canalización del potencial agresivo contra las personas que están proximas afectivamente, compartiendo la casa, la comida, la ropa, la vecindad. Dificilmente el polo verdaderamente opresor es alcanzado por estas agresiones, lo que entendemos merece una atención especial, considerando el contenido de ciertas formas alienantes de estas agresiones. Infinidad de veces, lo que se puede observar es que la víctima de la agresión (sea asesinato, agresión física sin muerte, robo, golpes, etc.) es la compañera, es el compañero con quién se divide la cama y una casucha miserable, es el hermano, el vecino del lado, el hijo golpeado a veces diariamente, el amigo apuñalado en una pelea, en una esquina cualquiera, es la sirvienta violada cuando volvía del trabajo.

Asalto a las mansiones, asesinato de gente importante, secuestros espectaculares de empresarios, comparados a la

frecuencia de estas agresiones dirigidas a los semejantes más semejantes, son tan poco comunes, que estas últimas ocupan todavía los titulares de los periódicos, revistas y televisión, mientras que los primeros a veces ni siquiera consiguen movilizar la atención del puesto policial más próximo.

Tal vez, el caso de J. B., labrador bahiano, ilustre más claramente lo que queremos decir: J. B. nació en un área rural del estado de Bahía, y en los años setenta asesinó a su esposa provocando también la muerte del feto que estaba siendo generado por ella. Su história de vida revela que la lucha por la sobrevivencia asumió el lugar central hasta el momento mismo de la internación, exigiendo mudanzas de casa que resultaron fatales para su equilibrio emocional, lo mismo que para el de su familia.

Analfabeto, hijo de labradores, con once hermanos (todos trabajadores de la actividad agrícola), J. B. comenzó a trabajar a los diez años de edad en la propiedad donde su familia vivia. A los trece años, comenzó a consumir bebidas alcohólicas, tornandose más tarde un alcoholista. A los 14 años sintiendo la falta de oportunidades de vida y trabajo en su tierra, decide mudarse para el sur del estado a trabajar en otras tierras pertenecientes a otra propiedad. Dos años después, por la misma razón, se muda de estado, confiando que "iba a poder ganar más dinero", lo que termina por nunca ocurrir. Inmediatamente, al comenzar sus nuevas actividades, se da cuenta de que estaba trabajando "como un animal" a cambio de "un poco de ropa y un poco de comida". Salario nunca recibió, cartera de trabajo nunca tuvo, derechos laborales, vacaciones, atención médica, etc., tampoco.

No obstante esta situación, J. B. permaneció en esta estancia durante seis años, después vuelve a su tierra de origen para trabajar donde había comenzado: en la misma estancia donde trabajaba inicialmente con toda su familia. Pero, ese mismo año se casa y por motivos económicos es forzado a continuar su trayectoria de migrante. Se mudan para la "gran ciudad", capital del estado, para "ganar más" y "poder alimentarse mejor". J. B. y su esposa tienen cuatro hijos, uno de los cuales muere deshidratado antes de completar un año de edad. Los demás están siempre enfermos, con problemas de desnutrición. Las peleas entre la pareja son cada vez más frecuentes, los trabajos que consigue en la gran ciudad no son suficientes para el mantenimiento mínimo de la casa. Paralelamente se dedica cada vez más a la bebida, hasta que un día su esposa huye de la casa cansada de las peleas. Cuando decide regresar, él la apuñala hasta la muerte. Los vecinos intentan llevarlo a la comisaría, pero posteriormente es trasladado al hospital psiquiátrico.

Evidentemente, no es nuestra intención discutir la motivación íntima que condujo a J. B. a un hecho de esta naturaleza. Una vez más, estamos convencidos de que una infinidad de motivos de carácter emocional, pueden haber actuado y seguramente actuaron, en el sentido de generar una respuesta de este tipo. Lo que nos llama la atención en este caso, y nos llamó también en una inmensidad de otros, es el hecho de que la agresión va dirigida al prójimo, aquel sobre el cual el agresor, en última instancia, se identifica más.

Casos como este, lo mismo que el caso de V. R. (que en una pelea mata al compañero con el cual compartía una

casa vieja y abandonada, por causa de espacio para dormir y comer) contempladas sus particularidades psicológicas, a un mismo tiempo con las justificativas formuladas por los agresores, nos muestran una vez más, los nexos entre alienación e ideología. Esto, en la medida en que las condiciones reales de vida de estos individuos son para ellos mismos interpretadas, como algo predeterminado: algo que por lo tanto, escapa a su control, se les impone como una fatalidad, como el destino, una cuestión de suerte, desgracia personal.

En este sentido, vemos que se vuelve absolutamente necesario, la reunión de los dos enfoques sobre alienación tratados en el capítulo III: el enfoque marxista y el enfoque foucaultiano. Considerando que la práctica demuestra en primer lugar, la existencia de la alienación como un primer nivel de conciencia resultante de un esquema de dominación, originado en la producción y en el trabajo; o sea, en la estructuración de las clases sociales. En segundo lugar, esta alienación sobrepasa los límites de la producción y del trabajo, para instalarse en la construcción de la vida diaria de los individuos, infiltrándose al nivel de las microestructuras de reproducción del poder, en la familia, en el trabajo, en el barrio, etc.

Con esto no se pretende decir, que Marx no haya contemplado la superación por parte de la alienación, de los límites de la producción y del trabajo, o sea, reconocemos que Marx señala en varios momentos de su obra que la alienación tiene su origen en la producción y el trabajo, pero que no se agota en estos niveles, muy por el contrario, es justamente a partir de este origen (en la producción y en el traba

jo), que el contenido alienante de la propia existencia se impone como tal; en la misma medida en que los individuos pierden de vista el conjunto de las relaciones sociales, durante la construcción e interpretación de su proyecto individual.

Pero la necesidad del enfoque foucaultiano se dá en el preciso momento en que es colocado el acento en las microestructuras de poder a través del estudio de las instituciones, lo que permite empírica y microsociologicamente, la percepción de los engranajes que, al nivel del cotidiano, posibilitan la infiltración de la ideología dominante hasta el momento en que la dominación no es vivida, ni sentida como tal. O sea, estas microestructuras de poder, en sus estrategias, terminan por ocultar la existencia de la propia dominación siendo capaz de producir una identificación de la instancia oprimida con la opresora, conformando así, una alienación más profunda de lo que parece a primera vista, que puede expresarse en los siguientes términos: como la expropiadora de la subjetividad del trabajador.

Según entendemos, la complementación entre estos dos enfoques citados, permite (en lo que respecta al análisis de la alienación) el salto entre una categoría conceptual demasiado amplia (clase social) y el individuo, en la medida en que las mediaciones, articuladas por Foucault -las instituciones y sus estrategias de poder- reflejan en última instancia (quiera o no Foucault) la estructura de clases vale decir, de dominación, de forma empíricamente más accesible para el investigador.

Por último, también remarcamos, que la utilización

de estos dos enfoques permite que se comprenda al rostro institucionalizado de la locura, vislumbrado en los corredores de estos hospitales, como al rostro subordinado de la locura, o sea: como la cara ideológicamente deformada de la pobreza y la miseria convertida en enfermedad.

En este sentido, la realización de esta investigación permitió la comprensión de lo que significa volverse loco, que como ya conocemos desde muchos siglos pasados: no redime ni salva a nadie. Tampoco vuelve la vida de ninguna persona, más confortable. Ningún loco pobre es héroe. El heroismo, la aventura, la gloria, el romanticismo, la fantasía de la locura, pertenecen al patrimonio de la literatura y de algunos individuos que han logrado, el reconocimiento público suficiente para poder desfilar la magia de su locura, mezclándola a la creación artistica, literaria y filosófica. Mientras tanto, las personas con las cuales trabajamos y que posibilitaron la realización de este trabajo, pertenecen a una colectividad cuyo denominador común es la pobreza material. Una "pobreza" tan ostensiva, que se refleja en el vocabulario, en los gestos, en la voluntad, en la ropa, en la cara. En síntesis, la cara del hambre.

BIBLIOGRAFIA CITADA

ALMEIDA FILHO, Naomar. Migração e rótulo psiquiátrico: um estudo de caso, Salvador, Maestrado en Salud Comunitária de la UFBA, 1986, mimeo.

GUILHON de ALBUQUERQUE, J. A. Metáforas da Desordem, O contexto social da doenca mental, R. J., Paz e Terra, 1978.

O ESTADO. Florianópolis, Santa Catarina, 21. 06. 1987.

SUAREZ, Armando.(Org.). Razón, locura y sociedad. 5º Ed. , México, Siglo XXI, 1982.

TAMBELLINI, Anamaria. "O trabalho e a doença" in: GUIMARÃES, Reinaldo (Org.), Saúde e Medicina no Brasil, contribuições para um debate, R. J., Graal, 1978.

OLIVEIRA, F. de. O elo perdido. Clase e identidade de clase, S. P., Brasiliense, 1987.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Pelo Direito Universal à Saúde: contribuição para debates da VIII Conferencia Nacional de Saúde, R.J. nov./85.

ALMEIDA FILHO, Naomar M. de. Desenvolvimento do questionário de morbidade psiquiátrica infantil, Salvador, Mestrado em Saúde Comunitária, UFBA, 1977.

ALMEIDA FILHO, Naomar M. de. "Microcrítica de Foucault" in: Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia, Nº 03, 1980, pp. 95/110.

ALMEIDA FILHO, Naomar M. de. "The psychosocial costs of development: labor, migration and stress in Bahia, Brazil" in: Latin American Research Review, Vol. 17, Nº 03, 1982, pp. 91/118.

ALMEIDA FILHO, Naomar M. de. "Migração e Rótulo Psiquiátrico; um estudo de caso", Salvador, Mestrado em Saúde Comunitária, UFBA, 1986, mimeo.

AMARANTE, Paulo Duarte D. "Asilos, alienistas e alienados " in: A saúde no Brasil, 1(3), julho/setembro, 1983, pp. 149/152.

BASAGLIA, Franco. "La asistencia psiquiatrica como problema anti-institucional" in: GARCIA, Ramón (Org.)Psiquiatria o ideología de la locura, Barcelona, Anagrama, 1972 , pp. 47/61.

BASAGLIA, Franco. "La enfermedad y su doble" in: GARCIA, Ramón (Org.), Psiquiatria o ideología de la locura, op. cit., pp. 63/88.

BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa, S. P., Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco. "Segregación y Control Social", in: BASAGLIA, Franco et alli, La salud de los trabajadores, México, Nueva Imágen, 1984, 4º ed., pp. 175/187.

BASAGLIA, Franco. A instituição negada, R. J., Graal, 1985.

BASAGLIA, F. y ONGARO, F. B. La mayoría marginada, México, Fontamara, 1984.

BASTIDE, Roger. Sociología de las enfermedades mentales, México, Siglo XXI, 1983, 8º ed.

BASTOS, N. C. de Britto. "A saúde através dos tempos" in: R, J., Revista da Fundação SESP, Nº 01, 1979.

BETTELHEIM, B. et KARLIN, D. Hacia una nueva comprensión de la locura, Barcelona, Grijalbo, 1981.

BRAUDILLARD, Jean. Esquecer Foucault, R. J., Rocco, 1984.

BRAUSTEIN, Néstor. Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanalisis (hacia Lacan), México, Siglo XXI, 1985, 4º ed.

BUSNELLO, E. D'Arrigo. "Psiquiatria do subdesenvolvimento ou psiquiatria subdesenvolvida" in: Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, Vol. LXXXIX, Nº 04, octubre / 1980, pp. 322/326.

CARVALHO, Inaiá M. M. de. et SOUZA, Guaraci Adeodato de. "A produção não capitalista no desenvolvimento do capitalismo em Salvador" in: SOUZA, Guaraci A. de. et FARIA,

Vilmar. (Orgs.), Bahia de todos os pobres, Petrópolis, Vozes-CEPRAB, 1980, pp. 23/40.

CASTEL, Robert. El orden psiquiatrico, Madrid, La Piqueta, 1980.

CASTILLO, Eduardo. Salud y Cambio social. Por un sistema integral de salud, Zero, Madrid, 1984.

CHAUI, Marilena. O que é ideologia, S. P., Brasiliense, 1981, 4º ed.

COMTE, Augusto. "Curso de Filosofía Positiva" in: GIANOTTI, J. A. (Org.), Comte, S. P., Abril Cultural, Coleção Os Pensadores, 1978.

COOPER, David. Quienes son los disidentes, Valencia, Artes Graficas Soler, 1978.

COOPER, David. El lenguaje de la locura, Barcelona, Ariel S.A., 1981.

COSTA, Jurandir Freire. Ordem Médica e Norma Familiar, R. J. Graal, 1979.

COUTINHO, D. Prevalencia de doenças mentais em uma comunidade marginal: um estudo do Maciel, Salvador, Mestrado em Saúde Comunitária, UFBA, 1976.

CUADERNOS ANAGRAMA, La imposible prisión: debate con Michel Foucault, Barcelona, 1982.

DELEUZE, Giles et GUATTARI, Felix. O anti-édipo, R. J. , Imago, 1976.

DIARIO CATARINENSE. "Trânsito: o massacre continua", S. C.,

26. XII. 1986, pp. 04.

DI LUCIA, Roberto. "Saúde Mental e Trabalho", S. P., em realização.

DORNELLES, Francisco. Declaração à reportagem "Aumenta a mortalidade infantil no Brasil" in: Tribuna da Bahia, 16. VIII., 1986, pp. 13.

DÖRING, H. Maria Tereza. Contra el manicomio, México, UAM - XOCHIMILCO, 1985.

DÖRNER, Klaus. Ciudadanos y Locos. Historia Social de la Psiquiatria, Madrid, Taurus, 1974.

DURKHEIM, Emile. Las reglas del método sociológico, Buenos Aires, La Pleyade, 1981.

DURKHEIM, Emile. O Suicídio, R. J., Martins Fontes, 1977, 2º edición.

ESPINHEIRA FILHO, Cândido. Editorial de A Saúde no Brasil, 1(3), julho/setembro, 1983, 146/148.

FARIA, Vilmar. "Divisão inter-regional do trabalho e pobreza urbana: o caso de Salvador" in: SOUZA, G. A. de. et FARIA, Vilmar (Orgs.), Bahia de Todos os Pobres, op. cit., pp. 23/40.

FERNANDEZ OSORIO, Jorge. "Prólogo" in: RICCHI, Renzo. La muerte obrera. Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo, México, Nueva Imagen, 1981, pp., 13/22.

FERRARA, F. A. et alli. Medicina de la Comunidad, Buenos Aires, Intermédica, 1976.

FOLHA DE SÃO PAULO. "A herança do milagre, a crise deixa o país pobre, doente e endividado", 1º caderno, 28. VIII. 1983, pp. 10.

FOLHA DE SÃO PAULO. "Documento denuncia trabalho escravo em 167 fazendas", reportagem de Rosana Garcia, 27. XII. 1986, pp. A-11.

FOLHA DE SÃO PAULO. "Trabalho escravo atinge 35 mil em São Paulo" 28.12. 1986., pp. A-24.

FOLHA DE SÃO PAULO. "Da malária à AIDS, o país não controla suas doenças", reportagem de Letânia Menezes, 05. I. 1987., pp. A-12.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir. História da Violencia nas Prisoes, Petrópolis, Vozes, 1977.

FOUCAULT, Michel. Microfísica del poder, Madrid, La Piqueta, 1979.

FOUCAULT, Michel. "Presentación" in: CASTEL, Robert. El orden psiquiatrico, Madrid, La Piqueta, 1980.

FOUCAULT, Michel. La historia de la locura en la época clásica, México, Fondo de Cultura Económica, 1981.

FOUCAULT, Michel. Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão, R. J., Graal, 1982, 2º ed.

FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber, México, Siglo XXI, 1983.

FOUCAULT, Michel, La verdad y las formas jurídicas, México, Gedisa, 1983.

FOUCAULT, Michel. Historia de la sexualidad, Vol. I- La vo-

luntad de saber, México, Siglo XXI, 1983.

FOUCAULT, Michel. Enfermedad Mental y Personalidad, Barcelona, Paidos, 1984.

FOUCAULT, Michel. Historia de la Sexualidad, Vol. II - El uso de los placeres, México, Siglo XXI, 1986.

FOUCAULT, Michel. Historia de la Sexualidad, Vol. III - O cuidado de si, R. J., Graal. 1985.

FREUD, Sigmund. El mal estar en la cultura, Madrid, Biblioteca Nueva, Obras Completas, Tomo III, 1981, pp. 3.017 / 3.067.

GANGUILHEM, Georges. Lo normal y lo patológico, México, Siglo XXI, 1984.

GARCIA, Juan Cesar. "Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento na saúde", in: NUNES, Everardo D. (Org.) , Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. S. P. Global, 1983.

GARRAFA, Volnei. Contra o monopólio da saúde, R. J., Achiamé, 1983.

GOFFMANN, Erving. Manicomios, Prisões e Conventos, S. P. , Perspectiva, 1974.

GOFFMANN, Erving. O Estigma, Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada, R. J., Zahar, 1980.

GUATTARI, Felix. "Revolución molecular y lucha de clases" , in: MARCOS, Sylvia (Org.), Antipsiquiatría y Política , México, Extemporáneos, 1984, pp. 49/61.

GUATTARI, Felix. Revolução molecular: pulsações políticas do

desejo, S. P., Brasiliense, 1987, 3º ed.

GUATTARI, Felix et alli. La intervención institucional, México, Folios, 1981.

GUILLON de ALBUQUERQUE, J. A. Metáforas da Desordem, O contexto social da doença mental, R. J., Paz e Terra, 1978.

GUIMARÃES, Reinaldo.(Org.). Saúde e Medicina no Brasil, R. J. Graal, 1984.

IERODIAKONOU, C. S. "Salud mental y atención primaria en Grecia", in: Foro Mundial de la Salud, Vol. 5(2), 1984, pp. 138/140.

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde, Nemesis da medicina, R. J., Nova Fronteira, 1981, 4º ed.

ISTO É. Reportagem Especial "Valiosas Crianças", 25. XII. 1985, pp. 46/54.

ISTO É. "Escravidão em alta, Trabalho forçado cresce no Brasil", 16. VII. 1986, pp. 28/29.

JACOBINA, A. R. O asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia, Salvador, Mestrado em Saúde Comunitária, UFBA, 1982.

JAGUARIBE, Hélio et alli. Brasil 2.000, R. J., Paz e Terra, 1986.

JORNAL DO BRASIL. "Empresarios de carvão exploram crianças em São Paulo", 08. VIII. 1986, 1º caderno, pp. 09.

KOWARICK, Lucio. Capitalismo e Marginalidade na América Latina, 2º ed. R. J., Paz e Terra, 1977.

LANDMANN, Jaime. Evitando a saúde e promovendo a doença, R.J.

Achiamé, 1982.

LAURELL, Asa Cristina. "A saúde-doença como processo social" in: NUNES, Everardo D. (Org.), Medicina Social: aspectos históricos e teóricos, S. P., Global, 1983, pp. 135/158.

LAURELL, A. C. et MARQUEZ, M. El desgaste obrero en México . Proceso de Producción y Salud, México, Era, 1983.

LIRA, Elizabeth et alli. Psicoterapia y represión política , México, Siglo XXI, 1984.

MACHADO, Roberto et alli. Danação da norma, R. J., Graal , 1978.

MACHADO, Roberto. Ciência e Saber,A trajetória da arqueolo - gía de Foucault, R. J., Graal, 1988.

MANDEL, Ernest. La formación del pensamiento económico de Marx, Madrid, Siglo XXI, 1974.

MANNONI, Maud. El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis , México, Siglo XXI, 1981.

MARCOS, Sylvia (Org.). Antipsiquiatría y Política, México , Extemporaneos, 1984, 2º ed.

MARX, Karl. Los manuscritos económico-filosóficos de 1844 , México, Grijalbo, 1982.

MARX, Karl. El Capital, Tomo I, Vol. I, México, Siglo XXI , 1979, 8º ed.

MARX, Karl. "Sobre la cuestión judía" in: La sagrada familia, México, Grijalbo, 1983, 13º ed.

MARX, Karl. Contribuição à Crítica da Economia Política,S.P.

Martins Fontes, 1977.

MARX, Karl et ENGELS, F. La ideología alemana, México, Cultura Popular, 1979.

MAYEB, Omar. "Un nuevo concepto del hospital psiquiatrico en Somalía" in: Foro Mundial de la Salud, Vol. 5(3), 1984, pp. 276/278.

MEHTA, Panjak. "Detección de trastornos mentales en la India rural", in: Foro Mundial de la Salud, Vol. 5(4), 1984, pp. 397/399.

MENDES, René. "Informe sobre salud ocupacional de trabajadores agrícolas en Centro América y Panamá", Organización Panamericana de Salud/OMS, abril/mayo de 1977.

MERTON, R. K. Sociología: Teoría y Estructura, México, Fondo de Cultura Económica, 1964.

MESZAROS, István. La teoría de la enajenación en Marx, México, Era, 1978.

MOFFAT, Alfredo. Psicoterapia do Oprimido, Ideología e Técnica de Psiquiatría Popular, S. P., Cortez Ed., 1984, 5º ed.

MORAES FILHO, Evaristo.(Org.) e FERNANDES, F.(Coord.), Comte, S. P., Atica, 1978.

NAVARRO, Vicente (Org.). Salud e Imperialismo, México, Siglo XXI, 1983.

NOVACK, Georges. La teoría marxista de la alienación, México, Fontamara, 1979.

O ESTADO, "Miseria e abandono orientam infancia de sete milhões", Florianópolis, S. C., 21. VI. 1987, pp. 06.

OLIVEIRA, Francisco de. O elo perdido. Classe e identidade de classe, S. P., Brasiliense, 1987.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Constitución de la OMS, adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, N. York, 1946.

PAPPENHEIM, Fritz. La enajenación del hombre moderno, México, Era, 1981.

PARSONS, Talcott. El sistema social, Madrid, Revista de Occidente, 1969.

PARSONS, Talcott et SHILLS, E. Hacia una teoría de la acción social, Buenos Aires, Kapelusz, 1968.

QUESADA, Federico Ortiz. Salud en la pobreza. El proceso salud/enfermedad en el Tercer Mundo, México, Nueva Imágen 1981.

QUESADA, Federico Ortiz (Org.). Vida y muerte del mexicano , México, Folios Ed., 1982.

RAJCHENBERG, E. et TEIXEIRA, Jussara. "Panorama de la situación actual de los riesgos de trabajo y de la salud ocupacional en México", México, 1988, mimeo.

RAJCHMAN, John. Foucault: a liberdade da filosofia, R. J. , Jorge Zahar Ed., 1987.

REZENDE, Ana Lúcia.M. Saúde: dialética do pensar e do fazer, S. P., Cortez, 1986.

RIBEIRO, R. J. (Org.). Recordar Foucault, S. P., Brasiliense, 1985.

RICCHI, Renzo. La muerte obrera. Investigación sobre los

homicidios blancos y los accidentes de trabajo, México, Nueva Imágen, 1981.

ROSEN, George. De la policia médica a la medicina social, México, Siglo XXI, 1985.

SALGADO, C. MARTINEZ. Trastornos mentales en la ciudad de México en un período de crisis económica, política y social, México, Maestría en Medicina Social, UAM, 1979.

SANTANA, Vilma Souza. Estudo epidemiológico das doenças mentais num bairro de Salvador; Nordeste de Amaralina, Salvador, Mestrado em Saúde Comunitária, UFBA, 1978.

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DA BAHIA. "Programação-Orçamentação Integrada", Comissão Interinstitucional de Saúde, 1986, mimeo.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA. Centro de Estatística e Informações. Indicadores Sociais, Salvador, Vol. 10, 1986.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA, Informe Conjuntural, Nº 08, PIB-BAHIA, 1975/1985, Centro de Estatística e Informações, Agosto de 1986.

SHEFF, Thomas. El rol del enfermo mental, Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

SILVA, Ludovico. La alienación en el joven Marx, México, Nuestro Tiempo, 1979.

SIMÕES, Luzinete. "Apuntes sobre la construcción del sujeto y de la subjetividad en la teoría sociológica contemporánea: los espacios sociales de conformación de la identidad en Foucault, Habermas y Agnes Heller", 1985, mimeo.

SINGER, Paul. "A economía urbana de um ponto de vista estructural: o caso de Salvador", in: SOUZA, G. A. de. et FARIA, V. Bahia de todos os pobres, Petrópolis, Vozes - CEPRAB, 1980.

SINGER, Paul et alli. Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde, R. J., Forense Universitária, 1981.

SORIANO, Raúl Rojas. Capitalismo y Enfermedad, México, Folios Ed., 1982.

SORIANO, Raúl Rojas. Sociología Médica, México, Folios Ed., 1983.

SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos, um estudo de psiquiatría social, Salvador, Contemp, 1984.

SOUZA, M. C. G. "Doença dos nervos: uma estratégia de sobrevivencia", in: A saúde no Brasil, 1(3), julho/setembro, 1983, pp. 131/139.

SUAREZ, Armando (Org.). Razón, locura y sociedad, México. Siglo XXI, 1982, 5º Ed.

SZASZ, Thomaz. A fabricação da loucura, R. J., Zahar, 1970.

TAMBELLINI, Anamaria. "O trabalho e a doença", in: GUIMARÃES, Reinaldo (Org.) Saúde e Medicina no Brasil, R. J., Graal, 1978.

TAVARES, L. H. D. O problema da involução industrial na Bahia, Salvador, UFBA, 1966.

TERAN, Oscar (Org.). Michel Foucault. El discurso del poder, México, Folios Ed., 1984, 2º Ed.

TIMIO, Mario. Clases sociales y enfermedad, introducción a una epidemiología diferencial, México, Nueva Imágen , 1980.

TODD, Emmanuel. O louco e o proletário. Filosofia Psiquiátrica da História, S. P., IBRASA, 1981.

TONEY, J. et alli. "Hacia una definición operativa del proceso salud/enfermedad" in: Educación Médica y Salud, Vol. 18, Nº 02, 1984.

TRONCA, Italo. Foucault Vivo, S. P., Pontes Ed., 1987.

WAIKIRI, W. B. "Salud mental y enfermería psiquiátrica en Africa", in: Foro Mundial de la Salud, Vol. 5(4), 1985, pp. 382/386.