

29
79



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**CONFINAMIENTO VS. REHABILITACION:
ANALISIS DE LOS ASPECTOS LEGALES Y
MEDICOS QUE ATANEN AL ENFERMO MENTAL.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ROSA ELENA GOMEZ JIMENEZ

Director y Asesor de la Tesis:
DRA. MA. ISABEL HARO RENNER

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | |
|---|-----------|
| Introducción | Pág. I |
| PRIMERA PARTE SOCIEDAD Y ENFERMEDAD MENTAL | |
| 1. Antecedentes Históricos de la Locura..... | 5 |
| 2. Psiquiatría Institucional y Paciente Mental..... | 28 |
| 2.1. El Psiquiátrico como Institución Totalitaria... | 29 |
| 2.2. La función del Loco dentro del Sistema Social..... | 34 |
| 2.3. La Carrera Moral del Paciente Mental..... | 40 |
| 2.4. El Estigma de la Enfermedad Mental..... | 46 |
| CONCLUSIONES DE LA PRIMERA PARTE..... | 49 |
| SEGUNDA PARTE LA INSTITUCION PSIQUIATRICA EN MEXICO | |
| 3. Aspectos legales de la Enfermedad Mental..... | 56 |
| 3.1. Aspectos civiles..... | 57 |
| 3.2. Aspectos penales..... | 65 |
| 3.3. La Reclusión como Violación a los Derechos Individuales..... | 73 |
| 4. Aspectos Médicos de la Enfermedad Mental..... | 77 |

| | |
|--|----|
| 4.1. Importancia y Clasificación de los tratamientos Orgánicos | 78 |
| 4.2. Tratamientos Farmacológicos | 80 |
| 4.2.1. Tranquilizantes | 80 |
| 4.2.2. Antidepresivos | 84 |
| 4.3. Terapéutica de Shock | 87 |
| 4.3.1. Shocks Insulínicos | 87 |
| 4.3.2. Shocks Eléctricos | 89 |
| 4.4. Terapéuticas Quirúrgicas | 92 |
| Conclusiones de la Segunda Parte | 94 |

TERCERA PARTE

ALTERNATIVAS AL MODELO PSIQUIATRICO TRADICIONAL:

| | |
|---|-----|
| 5. Hospital Psiquiátrico de Día | 99 |
| 5.1. Fundamentos Teóricos | 99 |
| 5.2. Procedimiento Terapéutico | 101 |
| 5.3. El Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", un ejemplo | 103 |
| 6. Terapia Familiar | 108 |
| 6.1. Fundamentos Teóricos y Epistemológicos | 109 |
| 6.2. Procedimientos Terapéuticos | 112 |
| 6.2.1. Enfoque Estructural | 112 |
| 6.2.2. Enfoque Estratégico | 114 |
| 6.2.3. Enfoque Sistémico | 116 |

| | |
|--|-----|
| 6.3. La Terapia Familiar en el Centro de Salud Mental Comunitario "San Rafael", un ejemplo..... | 118 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Conclusiones de la Tercera Parte | 120 |
|--|-----|

| | |
|------------------------------|-----|
| Conclusiones Generales | 122 |
|------------------------------|-----|

INTRODUCCION

El fenómeno de la enfermedad mental ha sido considerado, desde hace más de tres siglos, no tanto como un problema de salud sino como un problema de orden social. Desde principios del siglo XVII se comienzan a construir una serie de hospitales en los cuales se encierra a toda persona cuya conducta sea considerada desviada (locos, delincuentes, desviados sexuales, etc.). Aunque explícitamente el objetivo de este tipo de hospitales es el de dar tratamiento y procurar la rehabilitación del individuo enfermo, se ha visto por el contrario -- que su finalidad es la de aislar, la de segregar a un grupo de personas que interfieren en la imagen y el equilibrio del sistema social al que pertenecen.

El enfermo mental es actualmente el heredero de ese sistema hospitalario y es el heredero también del estigma que siempre ha existido sobre un grupo de personas que son consideradas como "lacra" social y al cual el resto de la sociedad señala y segrega (primero el leproso, después el loco).

Sobre el enfermo mental existe una doble carga social: - la administrativa o institucional (el hospital psiquiátrico)- y la estigmatización que finaliza en ostracismo social.

Autores como Basaglia, Jervis, Goffman, Szasz, Laing, entre otros, han denunciado y criticado al modelo psiquiátrico-tradicional, a la institución manicomial y al papel que el psiquiatra tiene como reproductor de las normas sociales. Ellos forman lo que se ha dado por llamar Corrientes Alternas en Psiquiatría. Para ellos, el hospital psiquiátrico no es una institución que tenga la finalidad de rehabilitar, sino que es un instrumento de control social que sirve para proteger de la locura al resto de la población normal. La institución psiquiátrica entonces, forma parte de la propia patología, ya que en vez de curar al enfermo mental lo hunde aún más en su mundo psicótico. El hospital psiquiátrico confina, segrega, etiqueta y se basa en una ideología de castigo.

Tomando como marco teórico el punto de vista de las Corrientes Alternas en Psiquiatría, la presente tesis tiene como primer objetivo analizar ciertos aspectos institucionales que en México permean al enfermo mental. (incluyendo tanto los aspectos civiles como penales) y el área médica que conforma la terapéutica psiquiátrica.

Con ello se ha pretendido demostrar cómo en México también se cuenta con un modelo psiquiátrico que está al servicio de los intereses hegemónicos y no del enfermo mental, con un modelo institucional que niega los derechos individuales de una persona solo por ser diagnosticada con algún tipo de enfermedad mental, con un modelo médico mental cuyo objetivo no es la rehabilitación sino el confinamiento.

Un segundo objetivo es exponer, a manera de alternativas al modelo médico psiquiátrico, dos enfoques distintos de la terapéutica de la enfermedad mental: el Hospital Psiquiátrico Parcial y la Terapia Familiar. El primero se basa fundamentalmente en el hecho de que la permanencia continua en el psiquiátrico aísla al enfermo de su contexto habitual ya que no se le prepara para regresar a su ambiente, no se le prepara para rehabilitarse sino para permanecer en el hospital. - El régimen del Hospital Parcial consiste en no internamiento: los pacientes deben pasar parte del día en el psiquiátrico -- donde reciben sus medicamentos, psicoterapias, terapias ocupacionales, etc. y por las tardes regresar a su contexto familiar con el fin de no desvincularse de él.

La Terapia Familiar, por su parte, no concibe a la enfermedad mental como un fenómeno individual, sino como un fenómeno

no de comunicación que abarca principalmente a toda la familia (la familia como socializadora del individuo y como reproductora del sistema social). Desde este punto de vista no existen individuos enfermos sino familias enfermas y hacia ellas hay que dirigir la solución terapéutica.

La finalidad de exponer ambos enfoques alternativos es la de comprobar su eficacia en la rehabilitación de la enfermedad mental y analizar la posibilidad que tienen de convertirse en sustitutos del modelo médico psiquiátrico tradicional. Hay que tomar en cuenta que el trabajo psiquiátrico solo finaliza cuando se logra la rehabilitación del paciente.

PRIMERA PARTE

SOCIEDAD Y ENFERMEDAD MENTAL

Mucho se ha escrito y discutido sobre el verdadero origen de las enfermedades mentales. Las opiniones van desde la afirmación de que son causadas por fenómenos fisiológicos, -- hasta aquella que acusa al sistema social como único causante de la locura. Henry Ey (1), por ejemplo, señala cuatro tendencias o teorías explicativas:

- Las teorías organomecanicistas consideran que las enfermedades mentales tienen un origen completamente orgánico, que son causadas directamente por lesiones cerebrales específicas;
- Las teorías psicodinámicas, consideran las enfermedades mentales como manifestaciones simbólicas del inconsciente patógeno, el cual representa todo un sistema de fuerzas afectivas reprimidas desde la infancia y que terminan por manifestarse distorsionadamente, de una manera simbólica;
- Las teorías sociopsicogénicas plantean la enfermedad mental como efecto de la estructura social y de la presión que ejerce sobre el individuo; y
- Las teorías organogénicas-dimanistas, admiten que las enfermedades mentales se deben a una desorganización orgánica --

(1) Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson (8ª ed.), 1986, pp. 59-68

cerebral al mismo tiempo que aceptan como un factor determinante la dinámica de las fuerzas psíquicas.

Es importante mencionar estas concepciones de la génesis de la locura si se quiere subrayar que, en la actualidad, es imposible afirmar de una manera tajante lo que es la enfermedad mental, la esencia de su origen, su verdadera causa. Tal es la ignorancia, o mejor dicho, el desacuerdo de las distintas teorías que incluso algunos estudiosos de la conducta humana (entre ellos Thomas Szasz, principal exponente de este punto de vista) han llegado a afirmar que la locura no es, absolutamente, una enfermedad como tal sino que constituye un tipo de desviación social. (2).

El presente trabajo no tiene como intención debatir las distintas posiciones teóricas e ideológicas de la psicología por el contrario, pretende analizar la situación real del enfermo mental en todos sus aspectos. Independientemente de -- considerar la locura como fenómeno biológico o social (como enfermedad mental o como desviación social), es necesario partir de un hecho concreto: la psiquiatría, como ciencia médica encargada de la enfermedad mental y como institución, dista mucho de ser un hospital que tenga como objetivo curar y rehabilitar a sus pacientes, es decir, dentro de la ideología --

(2) Szasz, Th., Esquizofrenia: El símbolo sagrado de la psiquiatría. México: Premia Editora, 1979.

de cura de la medicina, la psiquiatría como rama de ella solo ha demostrado a través de los años una ineficacia en la atención de los llamados enfermos mentales.

Conocer lo que ha venido siendo la locura a los largo de la historia nos da una idea clara de la Psiquiatría Institucional actual y de la posición social en la cual se encuentran los enfermos mentales. Este será el objetivo principal de la Primera Parte de la presente tesis.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA LOCURA

El filósofo francés Michel Foucault (3) ha estudiado de manera profunda la historia de la locura durante la época clásica. Según este filósofo, para hablar de la historia de la locura es preciso remontarse hasta el siglo XII, aproximadamente, cuando la lepra comenzaba a hacer su aparición "trágica" y alrededor del cual se creaba un conjunto de valores y significados sociales que serían heredados, siglos más tarde, a la imagen del loco.

Durante los siglos XII y XIII se da en la mayor parte de Europa un crecimiento rápido en la construcción de leprosarios (lugar donde se hacinaban a los leprosos). La lepra constituye en este tiempo una amenaza pública por su gran facilidad de contagio, razón por la cual la construcción de grandes edificios donde se internaran a los leprosos, con una supuesta finalidad médica, no se hizo esperar. En este entonces la ciencia médica no estaba capacitada para erradicar el mal, -- por lo que el internamiento más que tener una finalidad de cura tenía como principal objetivo la exclusión, la segregación

(3) Foucault, M., La historia de la locura en la época clásica México: Fondo de cultura económica, 1979, vol. 1.

y el encierro de una parte de la población considerada como altamente peligrosa. Pero no fue solo el alto riesgo al contagio lo que produjo el confinamiento, existía una razón más poderosa: la lepra era considerada como un castigo divino para aquellos que habían cometido grandes pecados, Un castigo que debía ser pagado en vida. El confinamiento, la exclusión, -- eran parte de esa paga, una forma de alcanzar la purificación del alma através del sufrimiento, de la expiación de los pecados. La lepra era en sí misma, un símbolo sagrado de exclusión, solo los símbolos morales pudieron justificar el internamiento.

Durante los siglos XIV, XV y XVI, la lepra disminuyó progresivamente hasta su desaparición en el siglo XVII aproximadamente. La desaparición de la lepra no es, por supuesto, el resultado de la aplicación de la práctica médica sino de la segregación. El severo confinamiento termina con el último leproso, no así con los leprosarios que permanecerán en pie por muchos años (primero como Hospitales Generales, posteriormente como Psiquiátricos).

Conforme los leprosarios van quedando vacíos comienzan a aceptar un nuevo tipo de enfermos contagiosos. Así, al finalizar el siglo XV, la lepra empieza a verse sustituida por la enfermedad venérea. Dentro de los mismos leprosarios, enfer-

mos venéreos y leproso son confinados y tratados de la misma manera, ambos son enfermos contagiosos que deben pagar en vida sus pecados. Sin embargo, a diferencia de la lepra, la enfermedad venérea llega rápidamente a constituir un asunto exclusivamente médico. Los enfermos venéreos tenían posibilidades de cura con la aplicación de los tratamientos médicos del siglo XVI, por lo que pasan del confinamiento de los leprosarios al internamiento médico de los hospitales (4).

De no haber sido sujeto de cura, el enfermo venéreo hubiera permanecido en los leprosarios ocupando el lugar físico y principalmente, simbólico del leproso, sin embargo, no es sino hasta el siglo XVII, en el momento que desaparece el último leproso, cuando aparece un nuevo personaje que cargará con todo el significado simbólico de aquél: el loco.

En el siglo XVII, la mayor parte de Europa se encuentra envuelta en una grave crisis económica que obliga al mundo -- occidental a enfocar la locura desde un punto de vista particular y con ella a una serie de fenómenos sociales típicos en las épocas de crisis: el desempleo, la vagabundez, la mendicidad, el robo, etc.

(4) Aunque para ser ciertos, muchos de estos tratamientos tenían más que ver con la moral que con la medicina, ya que si bien la enfermedad venérea pasó a formar parte de aquellas enfermedades que tienen cura, también continuó estando sujeta a una serie de juicios morales (incluso hasta nuestra época).

Hasta antes de esta época el personaje del loco había -- "gozado", hasta cierto punto, de algunos privilegios. Durante la Edad Media, el loco era considerado con respeto, como un desgraciado que, por mala suerte, hubiese perdido la razón. Locura y Sinrazón eran una y la misma cosa. Las tradiciones llevaban a las ciudades europeas a expulsar a sus locos bajo la creencia de que solo así tenían la oportunidad de recobrar la razón algún día arrebatada por el destino. Así pues, los locos eran embarcados en unas naves errantes sin destino específico a través de un rito de exclusión en el cual eran azotados públicamente y perseguidos por los ciudadanos hasta la embarcación que los llevaría hacia la búsqueda de la razón. Este significado simbólico de la "Nave de los Locos" permitía, al mismo tiempo, alejarlos de la ciudad, impedir que husmearan y merodearan en ella evitando así el desorden público y asegurando la tranquilidad social.

La concepción de la locura se transforma. Ya en el siglo XVI no será vista más como Sinrazón sino, por el contrario, como una forma relativa a la Razón, "...o antes bien, locura y razón entran en una relación perpetuamente reversible que hace que toda locura tenga su razón, la cual la juzga y la domina, y toda razón su locura, en la cual se encuentra su verdad irrisoria" (5)

(5) Foucault, M. Ibid. p. 53

Esto significa que el loco ya no será visto más como el "sinrazón", ahora será el "sabio", será un hombre cuya forma de pensar ha llegado a tal grado de sofisticación que se pierde la línea divisoria entre lo verdadero y lo que no lo es. Y no es que la locura represente un saber trastornado, sino que la imagen de los sueños y las ilusiones de ciertos hombres -- trastocan lo falso por lo verdadero (la vida por la muerte, el desamor por el amor, etc.). La locura tiene su razón y, por lo tanto, el embarcamiento de los locos pierde su significado simbólico y deja de constituir un rito en la mente de -- los ciudadanos finales del siglo.

La situación económica de Europa, en el siglo XVII, enfoca la locura desde otra perspectiva completamente distinta. Durante la época clásica sucede lo que Foucault ha dado por llamar El Gran Encierro. En toda Europa, principalmente en Francia, Inglaterra y Alemania, se crean una serie de internados que tienen como finalidad aparente la de constituirse en casas de asistencia u Hospitales Generales que dieran albergue y subsistencia a todo ese conjunto de gente que había sido cruelmente azotada por la crisis económica. Cabe señalar que muchos de estos internados ocuparon las mismas edificaciones que siglos antes habían llenado los leprosos, y al igual que entonces ahora estarían nuevamente atestados por personas que serían confinadas y hacinadas sin la más mínima considera

ción y que serían sujetas a los más crueles martirios en nombre de la bondad y de una falsa misericordia.

Estos internados (llamados Hospitales Generales a partir de 1656) eran subsidiados por la burguesía y monarquía europeas, quienes decretaron a mediados del siglo XVIII la prohibición de la mendicidad como si ésta fuera un crimen:

Hacemos muy expresas inhibiciones y prohibiciones a todas las personas, de todo sexo, lugar y edad, de cualquier calidad y nacimiento, en cualquier estado en que puedan encontrarse, válidos o inválidos, enfermos o convalecientes, curables o incurables, de mendigar en la ciudad y barrios de París, ni en las iglesias, ni en las puertas de ellas, ni en las puertas de las casas, ni en las calles, ni en otro lado públicamente, ni en secreto, de día o de noche...so pena de látigo la primera vez; y la segunda, irán a galeras los que sean hombres o muchachos, y mujeres y muchachas serán desterradas (6).

Sin embargo, a pesar de las amenazas, la pobreza y la mendicidad fueron aumentando. Los salarios descendían rápidamente y el desempleo se elevaba, lo que ocasionaba con mayor frecuencia un serie de desórdenes públicos, amotinamientos, asaltos, mendicidad, etc.. Con base en esta situación, los Hospitales Generales tuvieron su primer objetivo como casa de asistencia social: confinar a toda aquella multitud de "ociosos", desempleados, vagabundos, limosneros, gente sin ninguna ocupación productiva dentro de su sociedad que constituía, en suma, una especie de lacra social.

(6) Edicto de 1656 en Francia; en Foucault, Ibid, p. 104

Para la nobleza y para la sociedad en general, la mendicidad no tenía una causa económica sino una causa moral de libertinaje en la cual se consideraba que la pobreza era resultado de la ociosidad, por lo tanto, el mendigo no trabajaba - no porque no hubiera oportunidades sino porque prefería estar en la comodidad de no tener obligaciones ni responsabilidades en una libertad total. Es por este punto de vista moral que la miseria se juzga y se condena. No se concibe más al miserable como una víctima de una situación político-económica -- por la cual atraviesa casi toda Europa, por el contrario, se parcializa e individualiza el problema y ahora el miserable - resulta ser culpable de atentar en contra de las normas sociales y morales, de provocar el desorden social.

Esta nueva sensibilización social de la miseria ya no -- tratará de aliviarla sino de suprimirla. En vez de la caridad pública cotidiana surge una supuesta "caridad" estatal bajo la cual subyace toda una concepción política y moral de la miseria. Política, en la esencia oculta que ocasiona el encierro: evitar el desorden público, los amotinamientos, robos, etc. como resultado de una crisis económica; y moral, en el - aspecto que aparenta ante la sociedad: desaparecer la miseria dar albergue y alimentación a los necesitados como deber de - todo cristiano, pero ante todo, guiar hacia el camino correcto a toda esa "gentuza libertina" que había errado dicho camino.

Por ésto, los internados debían tener la función moral de una casa correccional donde el "ocioso" fuera castigado por todos sus "pecados" y corregir su vida para constituirse en un hombre útil a la sociedad. Para logra este fin, los internados tienen a su cargo todo el aparato jurídico y material de la represión, "tienen todo el poder de autoridad, dirección, -- administración, policía, jurisdicción, corrección y castigo. Para cumplir esta tarea, se han puesto a su disposición postes y argollas de tormento, prisiones y mazmorras" (7).

La relación existente entre la Miseria y la Locura es, - en apariencia, clara: el loco y el miserable eran el mismo -- personaje. Desde la Edad Media la miseria constituyó una característica inherente al loco (solo que la caridad medieval no suprimía sino exaltaba la pobreza) cuya apariencia externa delataba: el loco era siempre un mendigo harapiento y vagabundo. Esta imagen o representación simbólica del loco perdura hasta el siglo XVII haciendo imposible la diferencia entre ambos personajes. Además, para la conciencia moral de la época no existía otra razón más que la locura para poder explicar - cómo un individuo (en este caso el miserable) pudiera ir en - contra de las leyes cristianas convirtiéndose en un pecador, libertino y ocioso.

(7) Ibid. p. 118

Siendo así, el loco en el siglo XVII va a parar al lado de todos los pobres entre las paredes de los Hospitales Generales, los cuales tenían dos caras, como las de una moneda, - una cara de bondad y la otra de represión, de beneficio y de castigo. Verla de una u otra forma dependía de la resistencia que opusieran los internos; los pobres "buenos" hacían de estos hospitales casas de asistencia y reconfortamiento, los pobres "malos" lo transformaban en una institución represiva como por arte de magia. Lo cierto es que antes de tener una finalidad médica, el confinamiento en esos hospitales surgió - como una necesidad de condenar la ociosidad, que era vista como uno de los más grandes pecados del hombre. Todo individuo (para estar bien con Dios) debía ser útil y productivo para - su sociedad, el ocioso debía tener la oportunidad de corregir su vida y purificar su alma y ésto solo lo podía conseguir -- a través del trabajo (visto moralmente como castigo y salvación del alma, y políticamente como solución a los problemas -- económicos). Lo que ocurría realmente, como señala Basaglia (8), es que desde el surgimiento de la era industrial, el hombre fue (y es) visto en relación con la producción: solo si es productivo es útil para su sociedad y aceptado por ella, - lo contrario (anormalidad, enfermedad; desviación) constituye un estorbo al ritmo productivo y debe ser eliminado.

(8) Basaglia, F., Los crímenes de la paz. México: Siglo XXI, - 1987.

El nacimiento del Hospital General tuvo como principal propósito el de eliminar la mendicidad y la ociosidad vistas como fuente de todo desorden social. Fue un proyecto que pretendía terminar con el desempleo, o mejor dicho, con la mendicidad. Cuando debido a la crisis económica por la cual atravezaba gran parte de Europa a mediados del siglo XVII, comienzan a sentirse los amotinamientos de obreros desempleados, ni el Estado ni la Iglesia pueden controlar este tipo de desórdenes públicos. Es entonces cuando se crea el Hospital General a manera de solución a dicho problema:

Por primera vez, se sustituyen las medidas de exclusión, puramente negativas, por una medida de encierro; el desocupado no será ya expulsado ni castigado; es sostenido con dinero de la nación, a costa de la pérdida de su libertad individual. Entre él y la sociedad se establece un sistema implícito de obligaciones: tiene el derecho de ser alimentado, pero debe aceptar el estreñimiento físico y moral de la internación (9).

Es así como, durante mucho tiempo, los internados, van a servir para confinar a ociosos y vagabundos cada vez que se produzca un período de crisis económica. Pero qué sucede cuando se restablece la economía de un país, es decir, qué sucede fuera de las épocas de crisis. Obviamente la función de los internados se modifica: ya no se encerrará a los que no tienen trabajo, en vez de esto se dará trabajo a los que se ha encerrado para hacerlos útiles y productivos a la sociedad "La alternación es clara: mano de obra barata, cuando hay trabajo y salarios altos; y, en periodo de desempleo reabsorción de los ociosos y protección social contra la agitación y los motines"(10).

(9) Foucault, N. Op cit., p. 104

(10) Ibid. p. 107

Los Hospitales Generales, durante la época clásica, utilizaron el confinamiento intentando con ello controlar tanto el mercado de mano de obra como los precios de producción. -- En cada internado se realizaba un trabajo específico: en uno se hilaba la lana y se hacían medias, en otros se molía la madera, en otros más se hacían trabajos de herrería, o se pulían vidrios ópticos, o se molía el trigo, o se batía el cáñamo, etc.. Todos los internados se veían obligados a trabajar, el producto final se vendía a los comerciantes y a las industrias a bajo precio y el interno recibía sólo la cuarta parte del valor de su trabajo. Como los productos provenientes de los internados resultaban más baratos que los hechos por obreros de otras fábricas, se vendían con mayor facilidad. Esto trajo consigo un nuevo problema económico: al mismo tiempo -- que se obligaba a trabajar a los internos pobres, aumentaba -- el desempleo y la pobreza en diversos sectores obreros que habían sido desplazados por aquéllos; además, el precio de mercado de los productos hechos en los internados no alcanzaba -- el precio real del costo del confinamiento en cuanto a gastos de alimentación, vivienda, mantenimiento, etc.

La solución económico-política de las casas de internamiento resultó un verdadero fracaso. El trabajo como solución a los problemas económicos y sociales de Europa se dejó ver -- como un camino errado por la sociedad industrial que comenza-

ba a nacer en el siglo XVIII; sin embargo, el trabajo mantuvo su valor moral y ético dentro de los internados.

En ese primer auge del mundo industrial, el trabajo no parece ligado a los problemas que él mismo suscitaba; por el contrario, se le percibe como solución general, panacea infalible, remedio de todas las formas de la miseria. Trabajo y pobreza se sitúan en una sencilla oposición; su extensión respectiva irá en proporción inversa la una de la otra. En cuanto al poder, que le pertenece como cosa propia, de hacer desaparecer la miseria, el trabajo, para el pensamiento clásico, no lo detenta por su potencia productiva sino, más aún, por cierta fuerza de encantamiento moral. La eficacia del trabajo es reconocida porque se le ha fundado sobre su trascendencia ética ... el trabajo-castigo ha recibido un valor de penitencia y de poder de redención. No es una ley de la naturaleza la que obliga al hombre a trabajar, sino el efecto de una maldición (11).

El trabajo en los internados se justifica entonces, por su significado ético; no habiendo utilidad económica, el trabajo solo tendrá su valor en la conciencia moral: si el ocio es el pecado que disfrutaban los pobres y los locos, entonces se obligará a todos los ociosos a trabajar, aún cuando dicho trabajo no tenga utilidad ni provecho. El trabajo es la penitencia que debe pagar el libertino y el perezoso, y el internado es el sitio donde la sociedad indicará que se lleve a cabo la condena.

Este significado simbólico y moral del trabajo-ociosidad es exactamente el mismo que siglos antes presentaba la exclusión de la lepra: como justo castigo a los pecados cometidos

(11) Ibid. p. 112-113

en vida, como purificación del alma. El internado toma, por correlación, el mismo lugar que los leprosarios, dentro de un espacio moral de exclusión. Y así como los leprosarios nunca tuvieron una finalidad médica, estos internados tampoco, únicamente constituyeron una institución moral con todo el poder jurídico para castigar y corregir cruelmente una supuesta falta moral, una desviación social.

Para fines del siglo XVII el internado no es únicamente una institución que confina y castiga la miseria (y con ella la locura), sino que se ha convertido por méritos propios en una verdadera institución represiva, en un mecanismo de eliminación espontánea de todos los "asociales". El internamiento había demostrado, durante más de un siglo, su efectividad en cuanto al control y manejo de gente indeseable tanto para el orden social como para la moral cristiana, que la sociedad entera (desde el Estado y la Iglesia hasta el hombre común y corriente) no dudó en aplicarlo como solución a todo tipo de desviación social. Lo que en nuestro siglo se da como una división operacional de la anomia social (los delincuentes en las prisiones, los locos en las psiquiátricos, los perturbados en los consultorios de los psicoanalistas, etc.) tiene como origen la institución jurídica, represiva y moral de los Hospitales Generales del siglo XVIII. Ahí se encuentran mezclados en el mismo espacio ladrones, miserables, vagabundos desde el siglo XVII; homosexuales, enfermos venéreos, brujos, suicidas, prostitutas a partir del siguiente siglo.

Es necesario aquí hacer una pausa para subrayar algo que se ha venido diciendo reiteradamente. El objetivo del internamiento ha tendido siempre, desde el siglo XII con la lepra, dos puntos esenciales: uno político de resguardo del orden social, y otro netamente moral, ambos tomados de la mano. No ha sido, pero ni remotamente, un interés médico científico lo que llevó a la creación de grandes internados, llamados Hospitales Generales primero y Psiquiátricos después, lugares de segregación y represión. Los internados no han tenido nunca una finalidad de cura sino una finalidad de castigo. Han sido la conciencia moral y la estructura económica (y no la ciencia médica) los responsables del confinamiento, el castigo y el estigma que sobre los internos existe. Teniendo claro lo anterior es relativamente fácil entender cómo en el siglo XVII pueden encontrarse juntos en el mismo espacio de exclusión, a individuos tan distintos cuya única característica común es la inmoralidad (por lo tanto la anomia y lo que ello implica: el desorden social).

Esta conciencia moral del siglo XVII presenta tres grandes áreas de experiencia relacionadas con el confinamiento en los internados: la sexualidad, la profanación y el libertinaje. Foucault escribe:

Esos tres dominios de experiencia, forman, -- con la locura, en el espacio del internado un mun-

do homogéneo que es donde la alineación mental tomará el sentido que nosotros conocemos. Al fin -- del siglo XVIII, será ya evidente -- con una de esas evidencias no formuladas -- que ciertas formas de -- pensamiento "libertino", como el de Sade, tienen -- algo que ver con el delirio y la locura; con la -- misma facilidad se admitirá que magia, alquimia, -- prácticas de profanación y aún ciertas formas de -- sexualidad están directamente emparentadas con la sinrazón y la enfermedad mental. Todo ello contará entre el número de los grandes signos de la locura, y ocupará un lugar entre sus manifestaciones más esenciales. Pero para que se constituyan esas unidades, significativas a nuestros ojos, ha sido necesaria esa inversión, lograda por el clasicismo en las relaciones que sostiene la locura con todo el dominio de la experiencia ética. (12)

Ya en el siglo XVII, los enfermos venéreos habían tenido un lugar dentro de los internados, junto a los leprosos, del cual salieron rápidamente por haberse constituido en un asunto médico. Durante el siglo XVIII los enfermos venéreos vuelven a habitar los muros de los internados, esta vez por cuestiones morales: deben prepararse, por los caminos del castigo y la penitencia, a regresar a una comunión de la que habían sido excluidos por el pecado. Se consideraba que el origen de estas enfermedades se debía a la indignación del divino -- creador por la voluptuosidad y la actitud libidinosa de los -- hombres, por el enorme pecado de la lujuria; semejante enfermedad era, indudablemente, castigo de Dios. El internado serviría para estos individuos como un lugar donde pudieran arrepentirse y pagar por sus culpas. Con esta intención "purificadora" se empleaban los latigazos, las meditaciones y los sacramentos de penitencia a modo de tratamiento médico:

(12) Ibid. p. 133

Todo comienza por una sangría, seguida inmediatamente por una purga. Se dedica entonces una semana a los baños, a razón de dos horas diarias, aproximadamente; después, nuevas purgas y, para cerrar esta primera fase del tratamiento, se impone una buena y completa confesión. Las fricciones con mercurio pueden comenzar entonces, con toda su eficiencia; se prolongan durante un mes, al cabo del cual dos purgas y una sangría deben arrojar los últimos humores morbíficos. Se destinan entonces 15 días a la convalecencia. Después de quedar definitivamente en regla con Dios, se declara curado el paciente, y dado de alta. (13)

Esta "terapéutica" deja ver muy claramente la complicidad entre medicina y moral; se trata de curar una enfermedad que se considera impura, pecaminosa y, por lo tanto, al mismo tiempo que se cura al cuerpo se castiga la carne. En los internados el tratamiento empleado es una medicina contra la enfermedad y contra la salud.

El homosexual es otro personaje que el siglo XVIII llevó hasta el internado. La conciencia moral del clasicismo establece (y desde entonces hasta nuestra época) dos formas diferentes de amar: el amor de la razón y el de la sinrazón. La sociedad impone ciertas normas sexuales a seguir, ciertos patrones de lo correcto y lo incorrecto, de lo bueno y lo malo, quien viva de acuerdo a estas normas lo hará razonablemente, pero quien tenga otra forma no convencional de vida no podrá ser para el pensamiento clásico, más que un perturbado mental un loco. No se consideraba al homosexual como un individuo con distintas preferencias sexuales, sino como un corrupto, -

(13) Ibid., p. 136.

como un enfermo mental. Para la homosexualidad, el internado haría las veces de una casa correccional que hiciera volver a éstos "desviados" por el camino correcto, por el camino de la razón. Se les haría vivir bajo una disciplina correspondiente a su edad, a su sexo y a su falta.

El internado abre sus puertas también a otra categoría más: la profanación. Quién dudara de la existencia de Dios, quien profanara su nombre, sería un perturbado de espíritu, un blasfemo, alguien que hubiera perdido la razón. El internamiento tiene en esto su justificación, y al igual que el "desenfrenado sexual", el blasfemo será confinado allí para su supuesta corrección. Entre esas profanaciones se encuentra en primer término el suicidio, considerado a la vez como blasfemia y como crimen. Hasta antes de los internados el intento de suicidio era castigado con la pena de muerte como si se tratara de cualquier asesinato, ya que se consideraba un sacrilegio atentar contra la vida (otorgada por Dios), así fuera la propia. Pero como en el siglo XVIII el confinamiento era un método efectivo contra la desviación social, el suicida fracasado fue a parar entre las paredes de los internados. Así ya no se condenaba a los que habían intentado suicidarse, en vez de eso se les encierra y se les impone un régimen que es a la vez castigo y prevención para otra nueva tentativa. "Es a ellos a quienes se han aplicado, por primera vez en el

siglo XVIII, los famosos aparatos de coacción, que la época - positivista utilizará como terapéutica: la jaula de mimbre, - con una tapa abierta para la cabeza, y en la cual están liadas las manos, o el "armario", que encierra al sujeto de pie - hasta la altura del cuello dejando solamente libre la cabeza" (14)

El suicidio era considerado como una profanación altamente importante porque atentaba contra la mayor de las creaciones divinas: la vida. Otros tipos de profanaciones como la brujería, la magia, la adivinación, etc. eran considerados -- tanto como sacrilegio como charlatanería; lo primero, porque se trataba de ciertos poderes divinos en manos de un hombre común y corriente; lo segundo, porque, a final de cuentas, no resultaban ser más que engaños, sucesos irreales, sinrazón. Por esta doble justificación brujos, adivinos, hechiceros, -- magos, alquimistas, pasaron todos a formar parte de la gran lista de internos de los Hospitales Generales.

El internamiento en el siglo XVIII tuvo un enfoque distinto al del siglo anterior. Ya no sería la miseria su objetivo, sino esta vez un aspecto netamente ético: el libertinaje. Pero el libertinaje no solo como una libertad de costumbres o como una forma de pensar; libertinaje como una alienación de la razón, es decir, como si la razón de la mente se -

(14) Ibid., p. 150

hubiese enajenado en la sinrazón del corazón. Un individuo - libertino responderá única e instantáneamente a sus deseos, - la mayoría inmorales, sin detenerse a pensar sobre las consecuencias de sus actos, se dejará llevar por sus "más bajas pasiones": lo carnal, lo material, dejando a un lado lo espiritual y religioso. Es precisamente este error religioso, este rechazo o abandono moral lo que une en el internamiento a personas con distintas características: enfemos venéreos, homosexuales, blasfemos, suicidas, libertinos, etc. Si a partir de el siglo XIX puede verse entre ellos cierta similitud o parentesco se debe a que el encierro, la segregación, la represión han actuado directamente y de la misma manera sobre ellos que al paso del tiempo los ha hecho a todos similares hasta convertirlos en un solo personaje: el loco.

Y es que la locura, en la época clásica, vuelve a concebirse como sinrazón. Todos estos personajes disímiles que habían caído entre las paredes de los internados por inmorales, por faltos de juicio, por faltos de razón, se metamorfosearán ya para el siglo XIX, en un estado único que los abarcará a todos: la Locura.

Si bien la locura, como imagen surgida del confinamiento se origina en la experiencia social de la pobreza como una inquietud del siglo XVII, no es éste precisamente su referente

inmediato, antes bien, ha sido la sensibilización social de toda una época moralista, de toda una cultura ética-religiosa la responsable directa de la locura tal como aparece en el siglo XIX cuando será anexada a la ciencia médica positivista y convertida en enfermedad mental. Foucault escribe al respecto:

A partir de él (el mundo ético del siglo XVII I) hay que comprender al personaje del loco tal como aparece en la época clásica, y la manera en que se constituye lo que el siglo XIX creará reconocer, entre las verdades inmemoriales de su positivismo, como la alienación mental. En él, la locura (...) encuentra su equilibrio y prepara esta unidad que lo entregará a los avances, acaso ilusorios, del conocimiento positivo; encontrará de esta manera, pero por las vías de una interpretación moral, esta perspectiva que autoriza el saber objetivo... Anexando al dominio de la sinrazón, al lado de la locura, las prohibiciones sexuales, las religiosas, las libertades del pensamiento y del corazón, el clasicismo formaba una experiencia moral de la sinrazón que, en el fondo, sirve de base a un estro conocimiento "científico" de la enfermedad mental. (15)

Llega el siglo XIX y con él una nueva concepción de la locura. Durante este siglo la locura se convierte instantáneamente en asunto médico: nace la Psiquiatría. El afán de la ciencia positivista de cuantificarlo todo, de medir, clasificar y sistematizar las cosas para tener mayor control y predictibilidad sobre ellas alcanza las paredes del internado apropiándose, a través de la medicina, de un problema social surgido netamente de la conciencia moralista de los siglos anteriores.

(15) Ibid., pp. 169-170

En la segunda mitad del siglo XIX el problema de la locura se orientó hacia un concepto naturalista de enfermedad, el desarrollo de la medicina llevó a la creación de una ideología médica-positivista en la psiquiatría, ideología que hacía ver en la locura una enfermedad mental (16):

... de la misma manera que una enfermedad infecciosa producía manchas rojas en la piel, la enfermedad mental producía síntomas psiquiátricos. -- El enfermo mental ya no era una persona que se comportaba de manera anómala, sino sólo un organismo que funcionaba mal, segregando movimientos desordenados, posturas aisladas, frases fragmentarias, -- alucinaciones y delirios carentes de cualquier significado. (17)

Las causas de la locura se buscaban en la predisposición hereditaria, en la degeneración biológica o en afecciones cerebrales, jamás en las contradicciones históricas o en los problemas personales. Las causas de la conducta humana eran reducidas aspectos de fisiología nerviosa y muscular. Como asegura Szasz (18), la conducta normal se explicaba únicamente describiendo sus correlatos neuroanatómicos y fisiológicos de forma tal que alteraciones a este nivel provocaban la anormalidad en la conducta.

(16) La concepción de enfermedad mental encubre la ideología positivista que afirma la existencia en el sistema social de un "justo equilibrio" gracias a la armonía existente entre los elementos que componen dicho sistema. La -- ocurrencia de un desequilibrio o perturbación se concibe como el mal funcionamiento de algún elemento del sistema los cuales deben ser eliminados o "arreglados" para retornar a la normalidad y el equilibrio (Véase a Szasz, -- Th., Ideología y Enfermedad Mental, Buenos Aires: Amorrortu, 1970; Basaglia, F., Op. Cit., 1987.

(17) Jervis, G., Manual Crítico de Psiquiatría, Barcelona: Anagrama, 1977, p. 48

(18) Szasz, Th. El mito de la enfermedad mental, Buenos Aires Amorrortu, 1961

La Psiquiatría se consolidó en ciencia médica en el momento en que se descubrió que la sífilis ocasionaba ciertas alteraciones cerebrales, que concluían en una parálisis progresiva (19), puesto que ésto confirmaba la naturaleza fisiológica de la enfermedad mental. Todo el cuadro nosológico encajaba perfectamente con el pensamiento positivista de la época: existía un germen que infectaba el cerebro, el cual seguía una evolución, con una anatomía patológica, consecuencias hereditarias y, además, permeado por culpas morales. Sin embargo, con el paso del tiempo y la búsqueda inútil de causas naturales para la enfermedad mental fue imposible sostener la posición de una psiquiatría biologicista, la que para mantener su status de ciencia tuvo que elaborar un sistema basado en la clasificación de los comportamientos. "Los comportamientos enumerados uno a uno, separados de cualquier contexto y convertidos en objetivos, fueron denominados síntomas psiquiátricos, y sustituyeron a las alteraciones orgánicas cerebrales".(20)

De esta manera, el siglo XX comienza con una gran crisis en el modelo médico psiquiátrico: la la incomprendibilidad de la locura. La psiquiatría médica fracasó en su intento de encontrar causas biológicas de las psicosis y neurosis aunado al hecho de que no pudo descubrirse ningún método efectivo de

(19) Szasz, Th., Op. Cit., 1979; Jervis, G., Op. Cit., 1977

(20) Jervis, G., Ibid., p. 50.

tratamiento biológico. La psiquiatría comienza a dar pasos ciegos alrededor de la concepción positivista de enfermedad mental, y es en las proximidades de los años cuarenta cuando surge una hipótesis interpretativa (inspirada parcialmente en Sullivan) exclusivamente sociológica de los trastornos mentales:

...totalmente independiente de concepciones médicas e incluso psicológicas individuales. La anormalidad del comportamiento de la persona identificada como víctima de trastornos mentales ya no es vista, por parte de estas escuelas, como una dolencia interna ("interna", claro está, aunque socialmente determinada), sino más bien como un rol social, es decir, como un conjunto de comportamientos inducidos y mantenidos en el grupo. Más aún, este rol solo puede concebirse en términos de comunicación e interacción: no existe en sí mismo, solo existe como parte de una estructura de relaciones interpersonales. (21)

CAPITULO 2

PSIQUIATRIA INSTITUCIONAL Y PACIENTE MENTAL

De lo visto anteriormente se resume que, la necesidad de confinar al loco (al desviado, al anormal) surge de las crisis socioeconómicas y moralistas de los siglos precedentes y que es hasta el siglo XIX, con el desarrollo de la ciencia positivista, cuando se le da una visión médica a un problema netamente político. Es decir, el loco, el internamiento y el tratamiento existían desde siglos antes de que existiera la psiquiatría, a ésta es necesario crearla en el momento histórico en que se requiere de una explicación científica que fundamente el diagnóstico de "loco", el por qué del confinamiento y el tipo de tratamiento empleado. "... las teorías psiquiátricas nacen como racionalización y teorización del modo en que son administradas, en la sociedad y en los manicomios, las personas consideradas enfermos mentales" (22), los diagnósticos y tratamientos científicos solo justifican (no curan) el internamiento y la represión del paciente. La psiquiatría surge con toda la intención de cubrir con soluciones tecnológicas un problema de control social (23). Es por esta razón por la cual la psiquiatría conserva el método del confina

(22) Ibid., p. 105

(23) Ver a Castel, R., La Contradicción Psiquiátrica.

miento como parte esencial del tratamiento o "cura" del supuesto enfermo mental, y no solo eso, sino que el psiquiátrico se ha convertido en una verdadera institución totalitaria semejante a una cárcel, y al igual que los presos, atraviesan una serie de aspectos legales y sufren la carga de etiquetamiento de "anormal" por el resto de sus vidas.

Estos aspectos son analizados por un gran número de psicólogos y psiquiatras cuya principal característica en común es criticar políticamente el sentido totalizador de la psiquiatría. Ellos, los comúnmente llamados antipsiquiatras (24), analizan el papel de controlador y represor social de la psiquiatría institucional. En las siguientes páginas se esbozará el punto de vista antipsiquiátrico con respecto a la institución psiquiátrica y el efecto anulador que ejerce sobre el enfermo mental.

2.1. El psiquiátrico como una institución totalitaria.

Es frecuente comparar el psiquiátrico con el sistema carcelario a pesar de sus diferencias, ya que mientras el primero debe considerarse como un hospital especializado para tratar y curar la enfermedad mental, la cárcel se conoce como un espacio de castigo para aquél que ha delinquido. La simili-

(24) Actualmente no se habla de Antipsiquiatría sino de Alternativas a la Psiquiatría, que en realidad es una postura como individuo y grupo, que pretende "romper con la organización burocrática y centralizada de la medicina mental" (marcos, S., ¿Qué es la RED (RESEARU) Alternativas a la Psiquiatría?, citado en Marcos, S. (coord.), Antipsiquiatría y política, México: Extemporáneos (2a. ed.) -- 1984, p. 204

tud radica en el tipo de institución totalizadora que ambas representan.

Tanto la cárcel como el psiquiátrico son instituciones públicas que no responden a las necesidades reales de los usuarios, esto significa que ni rehabilitan al delincuente ni curan al enfermo, sin embargo, sí solucionan una exigencia del sistema social: mantener el orden y el equilibrio de dicho sistema a través de la marginación de quienes no aceptan las normas preestablecidas, o sea del desviado social. (25) Esto implica, como dice Castel (26), que la única diferencia entre el psiquiátrico y la cárcel (entre Psiquiatría y Policía) es que la primera no solo es una estrategia de control social, sino que además, está recubierta de un poder técnico-administrativo "fundamentado" en racionalizaciones médicas. Ambas instituciones constituyen una barrera de contención y mantienen bajo control al sistema social.

En otras palabras el psiquiátrico es una institución totalitaria encubierta con matices médico-científicas.

Goffman explica lo que significa una institución totalitaria (como el sistema carcelario) y cual es su semejanza con el sistema psiquiátrico. El nos dice que una institución se

(25) Ver a Basaglia, F., La institución psiquiátrica de la violencia, en Basaglia, F., Razón, locura y sociedad, México: Siglo XXI, (7ª ed.), 1985.

(26) Castel, R., El psicoanálisis, el orden psicoanalítico y el poder, México: Siglo XXI, 1980

define como "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administradas formalmente" (27). Las instituciones se convierten en totalizadores cuando imponen ciertos obstáculos que impiden la interacción social con el exterior, por ejemplo las puertas cerradas, muros altos, alambrados de púas, acantilados, ríos, bosques, etc.

Ahora bien, en nuestra sociedad toda persona vive su vida cotidiana interactuando con un gran número de personas diferentes, de maneras diferentes y en lugares diferentes sin que, necesariamente, exista un plan racional establecido. La característica principal de las instituciones totalitarias es, precisamente, que acaban de golpe con esta libertad de acción:

... primero, todos los aspectos de la vida de desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución. (28)

(27) Goffman, E., Internados; Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, B. Aires: Amorrortu, 1961, p. 13

(28) Ibid., pp. 19-20

Las instituciones totales están diseñadas de forma tal - que se pueden manejar muchas necesidades humanas (vestido, -- vivienda, alimentación, etc.) mediante la organización buro-- crática de conglomerados humanos. Esto implica la existencia de un grupo de personas que tienen como función no la de cuidar u orientar a los internos, sino la de vigilarlos. El personal debe supervisar que cada individuo haga lo que se exige de él y el interno debe, porque no tiene opción, cumplir órde-- nes. Esto es en realidad un hospital psiquiátrico, un espaci-- o de encierro donde el interno no tiene opción de cura, sino el "deber" de permanecer (aunque sea involuntariamente) en la segregación para no constituir una amenaza social. Es eviden-- te que una institución de esta naturaleza está al servicio -- del grupo social que detenta el poder y no al servicio del in-- terno, sirve también a sus familiares para los cuales el enfer-- mo se ha vuelto una carga, y sirve a un grupo de personas --- (enfermos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, -- etc.), que hacen del psiquiátrico su modus vivendi.

Jervis (29) señala tres funciones básicas de la estructu-- ra manicomial. La primera es el mantenimiento del orden pú-- blico; la organización interna del manicomio permite, para -- mantener dicho orden; tener relaciones formales e informales con la policía, las cárceles y, en general, con los organis-- mos administrativos responsables del orden público. La segun--

(29) Jervis, G., Op., Cit., 1977

da función, es la de mantener, junto con otros organismos asistenciales, el sistema de "canales de internamiento", ésto se refiere a la relación que guarda el manicomio con otras instituciones de internamiento o médicas (hospitales, asilos, -- centros de asistencia social, de salud mental, clínicas privadas y públicas, etc.) con quienes intercambia servicios, favores y concesiones y le permiten constituirse en un gran centro de poder médico. Su tercera función, es la producción de servicios, la creación de fuentes de trabajo (de lucro y poder en vista de que la institución manicomial no es una empresa -- que produzca bienes capitales, debe desarrollarse y funcionar como una empresa que produce servicio y que por lo mismo, -- capta o emplea a un número considerable de individuos (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, personal de limpieza, etc.) que se dedican a reproducir la propia institución.

Vemos así que la estructura manicomial está integrada administrativamente como una institución de poder. Ya hemos -- visto cómo desde siglos anteriores los lugares de internamiento tenían como principal objetivo la segregación de los "indeseables" para que no se interpusieran en el orden público. -- En el siglo XX, la institución psiquiátrica, definida científicamente como un lugar para curar a las personas que sufren trastornos mentales, es en los hechos un lugar de custodia.

La lógica utilizada por el sistema social es la de mantener el equilibrio y buen funcionamiento del mismo, por ésta razón castiga al que se ha desviado de la norma. La desviación de la norma es vista solo como un dato y no como un producto histórico-social.

El toque científico dado a la necesidad social del internamiento ha hecho del médico psiquiatra o psicólogo un personaje mítico. El y sólo él es la única persona capacitada para diagnosticar, internar y dar tratamiento a un enfermo mental; no basta con que un individuo se autodeclare loco para ser admitido en una institución psiquiátrica, tiene que ser el médico el que de la orden de internamiento para que aquél, sea enfermo mental o no, con su autorización o sin ella, sea internado en una institución como ésta.

2.2. La función del loco dentro del sistema social.

Quién puede ser diagnosticado como enfermo mental es una pregunta que en la actualidad la psiquiatría no ha podido contestar claramente. La definición o el concepto de "loco" no queda limitado a situaciones de la vida personal de quien lo padece, por el contrario, sólo puede hablarse de locura en relación al comportamiento "normal" de los otros, es decir, en relación a las normas sociales del comportamiento. Hablar de enfermedad mental nos lleva a hablar de desviación social (30).

(30) Véase a Méndez, E., Cura y control, la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica, México: Nueva Imagen, 1979; y Mannoni, M., El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis, México: Siglo XXI, (2a. ed.), 1977.

En una sociedad como la nuestra (de orientación capitalista) existen una serie de valores y normas preestablecidas, y en ocasiones contradictorias entre sí, que mantienen la estructura del sistema social. Este conjunto de normas (éticas y morales) es violado todos los días por millones de individuos. Sin embargo, a pesar de que no existe persona que no haya violado una norma social en su vida, la inmensa mayoría no recibe castigo alguno por sus actos antisociales (aún cuando puedan ser graves). En vez de ésto, el sistema social identifica y limita a un grupo de personas como desviadas, los estigmatiza y segrega del resto de los ciudadanos normales. Ellos son los chivos expiatorios, sobre ellos recae todo el peso de la represión social y policiaca, son ellos los que sirven de ejemplo (en negativo) para mantener bajo control a la masa -- de seres "normales". Ellos son, por supuesto, los seres más indefensos en la estructura social: la clase proletaria. Jervis escribe al respecto:

El orden societario capitalista atribuye actualmente a los ladrones (pobres), prostitutas (pobres), enfermos mentales (pobres), exhibicionistas sexuales (pobres), vagabundos (sucios), alcohólicos (pobres), asociales sin recursos, extravagantes andrajosos y visionarios la función de representar ungerie de destinos a evitar, imágenes negativas evidentes y claras para todos. (No falta los ladrones, estafadores, alcohólicos, psicópatas violen-
 tos, prostitutas, etc. privilegiados, pero éstos no son "desviados" y casi nunca son castigados). A partir de éstas imágenes, de éstos estereotipos, la mayoría de los buenos ciudadanos construyen y confirman los difíciles esquemas de comportamiento en los que, de manera feliz y tranquila, se reconocen a sí mismos como normales. (31)

Es evidente que el problema de la locura (y la desviación en general) es un problema de clases sociales. La manera como afecta un diagnóstico de enfermedad mental a una persona cuya situación económica, social y cultural se encuentran en un nivel alto difiere drásticamente de aquella que proviene de un nivel bajo. Es más, la representación o imagen social del loco no es la de un individuo limpio, bien vestido, con estudios profesionales sino, por el contrario, la de un tipo sucio, andrajoso e ignorante. A los primeros difícilmente se les encarcela o interna en un psiquiátrico, y cuando llega a suceder gozan dentro de la institución de ciertos privilegios que los demás no poseen. Los otros, en cambio, son personas que llenan las instituciones represivas.

De lo que se trata es, precisamente, de individualizar al "diferente", de reducir un problema de masas a un problema personal para después aislar al individuo y confirmar que nosotros somos los sanos, los normales, los buenos ciudadanos, y los "otros" son los enfermos, anormales y que deben ser aislados para que no se conviertan en "malas compañías" ni se constituyan en amenaza de contagio.

El enfermo y el delincuente son vistos únicamente como fenómenos naturales y no como productos histórico-sociales, de los cuales la sociedad, como única alternativa posible, debe protegerse, empleando para ellos los métodos represivos y

la segregación. Sin embargo, no es casual que estos "fenómenos naturales" formen parte solo de la naturaleza de la clase proletaria.

Efectivamente, la gran mayoría de los usuarios de instituciones represivas como cárceles y manicomios son proletarios o subproletarios, los delinquentes o enfermos adinerados - siempre encuentran la manera de evitar la pena o curar la enfermedad.

Lo que sucede realmente, es que el sistema social sanciona preferentemente a los marginados, a los que no tienen un poder cultural o económico para oponerse, ni un papel "positivo" por desarrollar, los que no tienen un espacio privado donde vivir las propias desviaciones, los "chivos expiatorios", los desviados.

Ahora bien, con el término genérico de enfermedad mental se identifica de manera convencional a un grupo de comportamientos desviados que son interpretados como temas médicos aún cuando existe una imagen imprecisa de la locura. Esta, más que ser una característica o síntoma de una persona es "un juicio que se expresa sobre su comportamiento. La locura es fundamentalmente un juicio de desviación". (32). Y es un juicio porque, a pesar de las analogías hechas con síntomas médicos

(32) Ibid., p. 73.

cos, no existen hechos objetivos y observables físicamente que verifiquen la existencia de algo que pueda llamarse enfermedad mental (33). Lo anterior de ninguna manera niega la existencia de la locura, lo que niega es la existencia de la locura como enfermedad, o como diría Th. Szasz, la locura no es cuestión de salud-enfermedad, sino de roles sociales (de aspectos éticos y políticos, no médicos).

"Locura" es un término cotidiano ampliamente socializado en el sentido de que cualquier persona es capaz de identificar a un "loco" del que no lo es, la mayoría de las veces basándose en características psicológicas y morales negativas (como mente perversa, lenguaje incongruente, agresividad, etc). La gente común y corriente da por hecho que existen métodos médicos para comprobar el estado de locura, creen que las pruebas psicológicas, los exámenes médicos y de laboratorio pueden verificar la existencia de "anormalidades" conductuales llamadas locuras. Suponen, porque la ideología positivista -- así se los ha hecho creer, que la locura es una enfermedad -- (con bases orgánicas como todas las enfermedades). Esto es una ficción, no existe ninguna manera de identificar en términos objetivos a un individuo loco de otro normal, la psiquiatría, lo más que ha llegado a hacer, es agrupar y clasificar síntomas transformándolos metafóricamente en enfermedades.

(33) Véase a Szasz, Th., Op., Cit., 1961 Szasz, Th., Ideología y enfermedad mental, Buenos Aires: Amorrortu, 1970; Szasz, Th., Op. Cit., 1979 Szasz, Th.,

Estos supuestos "síntomas" son actitudes o comportamientos perfectamente identificables como anormales o peligrosos que al no poder entenderles recurrimos a etiquetarlos y clasificarlos como enfermedad cuando en realidad esas conductas in comprensibles revelan la existencia de problemas de otra nat uraleza (sociales, económicos, existenciales, etc.).

Dicho lo anterior, es preciso detenernos para subrayar - ciertos aspectos sobre la locura:

- 1º no hay forma de verificar la existencia de bases orgánicas en la locura;
- 2º la locura, más que ser una enfermedad es un tipo de desvia ción social;
- 3º como problema de desviación social su naturaleza proviene de la estructura social, no individual;
- 4º la locura, como la desviación en general, es un fenómeno - de clases;
- 5º el loco es el chivo expiatorio de una sociedad que preten de mantener el orden y equilibrio del sistema social mante niendo bajo control las desviaciones y el mal "funcionami- ento" de los individuos, y;
- 6º la institución psiquiátrica sirve a tales objetivos consti tuyéndose en una institución totalitaria.

Más adelante veremos cómo colabora el sistema jurídico -

para anular, junto con la psiquiatría institucional, al que se ha salido de las normas. Por el momento, lo que importa señalar es el destino (el deterioro psicológico) de aquél que además de todo, ha sido etiquetado como enfermo mental.

2.3. La carrera moral del paciente mental.

En qué momento una persona puede considerarse prospecto de paciente psiquiátrico depende en gran medida del instante en que un tercero (generalmente un familiar) perciba que ésta persona está "perdiendo la cabeza". Este "perder la cabeza" es una noción, una imagen social que no tiene una definición específica, sino más bien, se basa en "interpretaciones estereotipadas, de procedencia cultural e inpregnación social sobre la significación de síntomas como oír voces, perder la orientación en el tiempo y en el espacio, y sentirse seguido" (34). Esto significa que cuando un individuo percibe en sí mismo un trastorno emocional, ansiedad, angustia, etc., tiende a presentar ciertas pautas de comportamiento estereotipada que no son en sí un producto de la psicología anormal, sino producto de la socialización; cualquier persona socializada en nuestra cultura que creyera estar perdiendo la razón se comportaría de acuerdo al estereotipo de "loco".

(34) Goffman, E., Op. Cit., p. 137

Una vez que se tiene sospecha de que una persona es enferma mental, se hará todo lo posible por procurarle atención psiquiátrica. El supuesto enfermo será llevado, aún contra su voluntad (como generalmente sucede), ya sea por algún familiar que le ha convencido, suplicando, amenazado o engañado, ya sea bajo escolta policial. En el primero de los casos la intervención psiquiátrica se considerará voluntaria; en el segundo, involuntaria (35).

En la mayoría de las veces es un persona allegada al enfermo la que decide llevarlo al psiquiatra para platicar sobre su problema. Esta complicidad entre familiar y psiquiatra hace que el enfermo perciba que están actuando en su contra y le quede la experiencia moral de ser traicionado. (36). Esta traición se hace sentir más aún cuando el interno descubre que en la hospitalización es despojado de todos los derechos, libertades y satisfacciones de la vida civil.

(35) El término "voluntario" no implica la decisión o el consentimiento del enfermo a la internación sino que exige la presencia e intervención de una tercera persona (casi siempre unpariente) que es quien lo lleva al hospital y asume la responsabilidad de su internación. La presencia de este intermediario hace más sutil la calidad represiva del internamiento. El término "involuntario", en cambio, implica la existencia de un hecho delictivo y proviene de una exigencia pública de carácter represivo en el cual interviene el aparato judicial. Para precisar más sobre el tema, véase a Castel, R., Op. Cit., 1980; Szasz, Th., El mito de la enfermedad mental, en Basaglia, F. Op. Cit., 1985; Szasz, Th., Op. Cit., 1987.

(36) Más sobre la complicidad médico-familia en Goffman, E., La locura del puesto, en Basaglia, F., Op. Cit., 1987.

Una vez internado el individuo se siente abandonado (y realmente lo está) debiendo adaptarse a la vida del hospital. Su identidad, su Yo, se ven frontalmente amenazados, él debe sufrir humillaciones y soportarlas, al mismo tiempo que debe sobrevivir con la carga del estigma sobre sus espaldas.

Desde el momento en que un individuo entra como interno a una institución totalitaria como el psiquiátrico, comienza a sufrir una devaluación del Yo. De primera instancia, el romper tajantemente como su mundo exterior, con su vida civil, su vida cotidiana, con sus roles, etc. constituye una mutilación a su personalidad. La institución lo despoja de su rol, lo asila de su contexto social, de su pasado como individuo civil, y aún cuando el interno pueda retomar nuevamente sus roles cuando salga, si es que lo hace, siempre existirán pérdidas permanentes e irrevocables como, por ejemplo, el no poder "compensar en una etapa más avanzada del ciclo vital, el tiempo que a la sazón no se dedica a adquirir más instrucción a progresar en el trabajo, a cortejar muchachas o a educar a los hijos. Un aspecto jurídico de este despojo permanente se lo encuentra en el concepto de "muerte civil": (los internos) pueden enfrentar, no ya solo una pérdida temporal de los derechos a testar dinero y girar cheques, a litigar procedimientos de divorcio o adopción, y a votar, sino que, además, pueden sufrir la anulación permanente de algunos de ellos" (37).

(37) Goffman, E., Op. Cit., 1961, p. 23

El interno se enfrenta constantemente a una serie de mortificaciones que atentan directamente contra su identidad. - Desde el proceso mismo de admisión se ve expuesto a la burocracia administrativa hospitalaria que exige que el personal realice una historia social del individuo, le tomen fotografías, impresiones digitales, se efectúen registros, se les corte el pelo, se les desvista y se le entregue la ropa de la institución, que se le clasifique, en fin, como si fuera un objeto (38). El propio personal que labora en el psiquiátrico, que no tiene otra función más que el cumplimiento de las normas de la institución, debe realizar ciertos procedimientos administrativos como elaborar informes de cada individuo (de dónde viene y hacia dónde va, en manos de quién, etc.), hacer registros conductuales, llevar la contabilidad de los costos de cada interno, enseñarles con el trato las "reglas de la casa", los tipos de privilegios y castigos y la forma de obtenerse los.

El hospital psiquiátrico no responde a las necesidades del interno sino a las necesidades organizativas de la institución. Basaglia, en su artículo "La institución psiquiátrica de la violencia" describe un día común en la vida de un interno:

(38) Véase a Ryan, P., et al., Alternativas para el hospitalismo, en Revista de Salud Mental, vol. 5, año 5, No. 3, otoño de 1982, pp. 8-15.

Por la mañana el enfermo tiene que levantarse a una hora determinada. No puede levantarse cuando quiere, no puede dejar la cama cuando él quiere. Luego debe tomar fármacos, píldoras, cuando los enfermeros se las suministran. Enseguida debe ir a la sala de estar cuando el enfermero lo indica; -- aún para ir al baño tiene una hora señalada de antemano. Y las diarreas siempre son abundantes, motivo por el cual muchos enfermos se ensucian, "se hacen en la cama" como se dice. Entonces se les etiqueta como "sucios", "el sucio", que es un nuevo tipo de nosografía psiquiátrica. Si el enfermo protesta, se le ata.

Luego viene la hora de la comida. El enfermo abre la puerta y ya está todo servido; los enfermos deben comer muy rápidamente, a continuación, vuelven a la sala de estar. Esperan la noche, y la noche siempre llega muy temprano, porque los enfermeros deben irse y el médico no está, ya regresó a su consultorio privado para atender sus consultas. Más tarde, a las cinco, es la hora de acostarse; entonces se llena a los enfermos de fármacos, de barbitúricos, porque tienen que dormir, porque nadie debe molestar la calma del manicomio, la calma del pabellón. (39)

La institución está por encima de las necesidades reales del interno. La institución debe preservar las normas morales que rigen en la sociedad a costa, muchas veces, de sacrificar ciertas cuestiones éticas, por ejemplo,

... para salvar la vida de un interno con tendencias obsesivas al suicidio, podría ocurrir que el personal no viera otro recurso que tenerlo bajo -- constante vigilancia, y aún atado a una silla, en una pequeña habitación cerrada con llave; para impedir que un enfermo mental se abra constantemente sus heridas (...) repitiendo continuamente el proceso de vendárselas y desvendárselas, quizá el personal juzgara indispensable reducir la libertad de acción de sus manos. A un paciente que se niega a comer tal vez haya que imponerle la humillación de alimentarlo por la fuerza. (40)

(39) Basaglia, F., Op. Cit., 1985, pp. 18-19

(40) Goffman, E., Op. Cit., 1961, p. 86.

El interno, además de su problemática personal (además - de su "enfermedad") se ve expuesto a este tipo de situaciones propias de la institución que lo único que provocan es un deterioro en la imagen de sí mismo, en su identidad. (41)

Con el paso del tiempo, el internamiento por sí mismo -- se encarga de provocar un comportamiento característico en el interno. Dicho comportamiento, llamado "psicosis institucional" (42), es un tipo de "enfermedad" causado por la sordidez y el vacío de la vida manicomial, la no aceptación del encierro, la pérdida de la identidad, la violencia y las relaciones impersonales entre interno y enfermeros. Poco a poco el interno se recluye en sí mismo, "se convierte en abúlico, depen--diente, indiferente, inerte, sucio, muchas veces malhumorado, regresa a comportamientos infantiles, desarrolla posiciones y "tics" estereotipados y singulares, se adapta a una rutina de vida extremadamente limitada y pobre de la que tampoco desea salir, elabora con frecuencia convicciones delirantes de tipo consolativo (los llamados "delirios institucionales") (43).

(41) Véase a Laing, R., El Yo dividido, México: Fondo de Cultura Económica, 1964.

(42) Véase a Jervis, G., Op. Cit., 1977; Mannoni, M., Op. Cit. 1977; Ryan, P.m., Op. Cit., 1982.

(43) Jervis, G., Op. Cit., p. 121.

Este comportamiento característico del interno es el motivo - por el cual todos los internos se parecen, y se ha conformado en la imagen que la sociedad del "loco"; en el fondo no es más que una consecuencia obvia del mundo de la institución manicomial.

2.4. El estigma de la enfermedad mental.

Ya hemos visto que el papel que juega el loco (el desviado, el diferente) dentro de la sociedad es la de constituirse en la imagen de lo negativo para el sistema, algo así como el resultado final, o el castigo, para aquellos que se salgan de la "norma". La sociedad señala y segrega al desviado, lo aísla, lo margina del grupo de los individuos "normales", lo estigmatiza.

La estigmatización consiste en buscar una marca evidente de diferencia con respecto al mundo de los "normales", es decir, en hacer objetivo o visible un juicio de valor. El individuo estigmatizado deja de ser visto como una persona total para ser reducido a un ser incompleto y desacreditado, el atributo específico del estigma se apropia de su personalidad, se convierte en absoluto, quitándole al individuo su esencia de ser humano.

El término estigma es más que un atributo característico o una etiqueta sobre un individuo, tiene connotaciones sociales (de pertenencia al grupo, de aceptación, rechazo); conno-

taciones morales, actitudes, prejuicios (discriminación, racismo); connotaciones políticas de segregación, opresión, marginación, resguardo de orden; es, en fin, un arma utilizada por los que detentan el poder para el control de los desviados

La enfermedad mental se considera un estigma en tanto -- que la etiqueta (no el diagnóstico) tiene una carga simbólica de desprestigio no solo para el individuo sino también para sus familiares (44). Cuando alguien tiene la etiqueta de enfermo mental será tratado con suma precaución en las reuniones familiares y laborales (si es que las hay) y posiblemente nunca en su vida vuelva a ser visto como una persona normal. Lo triste es que el propio enfermo asume su papel de estigmatizado y se automargina.

Un grupo social con un determinada cultura y con una ideología propia, suele reproducir en todos sus miembros las mismas categorías, atributos y estereotipos sociales, de manera tal que aquellas personas que por asignaciones sociales pertenecen a un estereotipo, inconscientemente asumen su papel. -

(44) La enfermedad mental como diagnóstico se refiere exclusivamente a la descripción de ciertos comportamientos característicos de un individuo. El paso de un diagnóstico a etiqueta es en ocasiones instantáneo y ocurre cuando emplea el término con el fin de desacreditar a un ser diferente. Por ejemplo, a una persona que ha perdido un brazo se le diagnostica como manca, pero cuando la palabra "manca" toma un sentido peyorativo y con ello se caracteriza a un individuo, entonces se ha convertido en una etiqueta y, por lo tanto, es un estigma.

En el caso de la estigmatización puede decirse que la población "normal" estigmatiza a los "desiguales" en el mismo sentido en que éstos se autoestigmatizan y se marginan a sí mismos (45).

(45) Goffman, E., Estigma: la identidad deteriorada; Buenos Aires: Amorrortu, 1963.

CONCLUSIONES DE LA PRIMERA PARTE.

Desde el punto de vista de las corrientes alternas encontramos que la psiquiatría como ciencia ha servido para fundamentar ciertos roles sociales y justificar un tipo de discriminación social: la desviación a la norma. El enfoque médico psiquiátrico de enfermedad surge de una necesidad artificial -- creada con el propósito de racionalizar la segregación existente desde siglos anteriores (con la aparición de los leprosaños). Bajo este enfoque subyace una ideología de control -- en donde la cura es sinónimo de adaptación a la norma y todo el sistema manicomial está organizado para alcanzar tal objetivo.

La organización institucional está por encima de las necesidades reales del usuario. Este debe sufrir una serie de alteraciones y devaluaciones en su identidad dentro del psiquiátrico, y fuera de él debe llevar sobre sus espaldas la carga del estigma social.

Un individuo que ingresa a una institución psiquiátrica -- tiene pocas esperanzas de rehabilitación ya que el sistema manicomial está orgnizado con fines de confinamiento y contención más que rehabilitatorios. Pero la rehabilitación en sí -- misma implica, para dicha institución, la adaptación del indi-

viduo al sistema social.

Al hablar de rehabilitación en enfermedad mental es necesario cuestionarse acerca del concepto de Hombre al que se quiere llegar. Las instituciones psiquiátricas por ser centros ideológicos y de poder, sirven a los intereses hegemónicos del Estado; para éste el Hombre rehabilitado, el Hombre sano tiene que ser un individuo adaptado a las normas sociales debe ser productivo y no causar problemas a la sociedad, un ser a-político y a-histórico, un Hombre abstracto. Sin embargo, habría que pensar si esta concepción de Hombre no lleva a la larga a facilitar la aparición de enfermedad mental provocando así un círculo vicioso.

Desde el punto de vista de las corrientes alternas en psiquiatría el Hombre rehabilitado o sano debiera ser aquél que pudiera utilizar el máximo sus aptitudes físicas y mentales para razonar, crear y transformar su propio mundo, un ser histórico y político, para lo cual se necesitaría un contexto social y económico apropiados para el desarrollo de esas capacidades. Mientras exista desnutrición, contaminación, miseria, stress, drogas, etc., difícilmente podrá alcanzarse un estado de salud. Para lograrlo es necesario erradicar las causas de enfermedad, es necesaria la prevención. Pero prevención no como es manejada por la medicina tradicional (eliminación de factores que llevan al desequilibrio) sino como cambio

radical en la estructura del sistema social.

SEGUNDA PARTE

LA INSTITUCION PSIQUIATRICA EN MEXICO

Para hacer un análisis de lo que es la Psiquiatría Institucional y comprobar lo que se ha venido diciendo acerca de su papel de controlador del orden social, es necesario abarcar dos aspectos constitutivos del sistema manicomial: la legislación sobre el enfermo mental y su tratamiento médico.

Ambos elementos están directamente relacionados con la problemática de los derechos humanos en el sentido de que en vez de beneficiar al usuario lo priva de las libertades más elementales de un individuo.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (46) afirma en algunos de sus artículos lo siguiente:

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales, en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente unos con otros.

Artículo 2. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamadas en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, ori-

(46) López Vergara, J., Necesidad de establecer una nueva legislación psiquiátrica respetuosa de los derechos humanos. Revista Mexicana de Justicia, vol. 5, No. 4, octubre-diciembre, 1987, pp. 235-249.

gen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición...

Artículo 6. Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, - al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7. Todos son iguales ante la ley y tienen sin distinción derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 22. Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de los recursos de cada Estado de la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

En México, al igual que en muchos otros países del mundo la psiquiatría institucional viola esencialmente estos derechos en el enfermo mental, le estigmatiza, le discrimina tanto jurídica como socialmente, y le impide desarrollarse abiertamente como ser humano. La psiquiatría institucional constituye un aparato represor del Estado sirviendo a sus intereses y no a los del enfermo; presenta un modelo que niega los derechos individuales de una persona que ha sido estigmatizada, y tiene como finalidad no la rehabilitación sino el confinamiento.

En esta segunda parte se describirá el modelo legal al cual está sujeto el enfermo mental y su relación con la Psiquiatría, así como el tipo de terapéutica empleada en la institución manicomial, considerándolos como problemas de derechos humanos.

CAPITULO 3

ASPECTOS LEGALES DE LA ENFERMEDAD MENTAL (47)

Aún cuando no existe una reglamentación específica de la enfermedad mental en México, hay algunos aspectos que están considerados en las legislaciones mexicanas dentro de lo civil y lo penal.

Tanto en la Constitución Política como en los Códigos Civil y Penal que rigen en la República Mexicana es evidente que se ha tomado en cuenta al individuo social anómalo, aquél que (llámese retrasado mental, imbecil, loco, sordomudo, tóxico, etc.) no se categoriza dentro de la normatividad, de lo común y ordinario, y debe ser considerado aparte como casos jurídicos específicos.

En términos generales, es posible extraer de estas legislaciones hechos que rigen la vida del enfermo mental tanto si ha cometido un acto criminal (materia de derecho penal) o si se trata de ejercer sus derechos individuales (materia de derecho civil).

(47) La necesidad de legislar sobre la problemática de la locura surge en el momento en que se medicaliza el término pasando a la categoría de enfermedad. Este suceso está relacionado al nacimiento de la psiquiatría por un lado, y por otro, a la concepción de igualdad, libertad y justicia surgidos de la Revolución Francesa. Es precisamente en Francia donde se promulga la primera ley sobre alienados en 1838, la cual servirá de base para las legislaciones de muchos otros países del mundo vigentes en la actualidad. Véase a Postel, J., Quétel, C. (comps.), Historia de la psiquiatría, México: FCE, 1987

3.1. Aspectos Civiles.

El Código Civil para el Distrito Federal (48) reglamenta en algunos de sus artículos, la situación establecida para -- los "incapacitados mentales" de la siguiente manera:

- Sobre las personas físicas.

Art. 23.- La menor edad, el estado de interdicción y las demás incapacidades establecidas por la ley son restricciones a la personalidad jurídica; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes.

- Sobre los requisitos para contraer matrimonio.

Art. 156. Son impedimentos para celebrar el contrato de matrimonio:

VIII. La embriaguez habitual, la morfinomanía, la esteromanía y el uso indebido y persistente de las demás drogas enervantes. La importancia incurable para la cópula; la sífilis, la locura y las enfermedades crónicas e incurables, que sean, -- además, contagiosas o hereditarias.

- Sobre los matrimonios nulos o ilícitos.

Art. 246. La nulidad que se funde en alguna de las causas expresadas en la fracción VIII del artículo 156, solo puede ser pedida por los cónyuges dentro del término de sesenta días, contados a partir desde que se celebró el matrimonio.

- Sobre el divorcio.

Art. 267. son causas de divorcio:

VII. Padecer enajenación mental incurable.

Art. 271. Para que pueda pedirse el divorcio por causa de enajenación mental que se considere incurable es necesario -- que hayan transcurrido dos años desde que comenzó a padecerse la enfermedad.

Art. 283. La sentencia de divorcio fijará la situación -- de los hijos, conforme a las reglas siguientes:

(...) Tercera. En el caso de las fracciones VI y VII del artículo 267, los hijos quedará en poder del cónyuge sano, pero el consorte enfermo conservará los demás derechos sobre la persona y bienes de sus hijos.

- Sobre la tutela.

Art. 450. Tienen incapacidad natural y legal:

II. Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aún cuando tengan intervalos lúcidos.

- Sobre el estado de interdicción.

Art. 635. Son nulos todos los actos de administración -- ejecutados y los contratos celebrados por los incapacitados -- sin la autorización del tutor, salvo lo dispuesto en la fracción IV del artículo 537.

- Sobre la capacidad para testar.

Art. 1306. Están incapacitados para testar:

II. Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio.

Art. 1307. Es válido el testamento hecho por un demente en un intervalo de lucidez, con tal de que al efecto se observen las prescripciones siguientes.

Art. 1308. Siempre que un demente pretenda hacer testamento en un intervalo de lucidez, el tutor y, en defecto de éste, la familia de aquél, presentará por escrito una solicitud al juez que corresponda. El juez nombrará dos médicos, de preferencia especialistas en la materia, para que examinen al enfermo y dictaminen acerca de su estado mental. El juez tiene obligación de asistir al examen del enfermo, y podrá hacerle cuantas preguntas estime convenientes, a fin de cerciorarse de su capacidad para testar.

Incapaz mental, loco, enajenado mental, demente, sujeto privado de inteligencia, etc., son términos empleados por las leyes mexicanas que, sin definición alguna, son retomados del sentido común y del lenguaje social o la forma de expresión de los individuos comunes y corrientes.

Este sujeto "sin razón" (concepto retomado de la era medieval), señalado por nuestros códigos, es suprimido en sus derechos elementales, sin siquiera haber analizado el contexto histórico-social de su realidad. Es evidente que la ley no

niega el origen biológico de la locura ni se cuestiona que --
ésta pueda ser el producto del sistema social en que vivimos.

Gustavo Rodríguez resume perfectamente la forma en que --
el Derecho concibe la necesidad de legislar sobre enfermos --
mentales en una sociedad positivista.

La vida social moderna requiere la cooperación de todos los hombres a los fines del estado, esto es, el bienestar común y el progreso humano. Esto hace indispensable que el hombre observe una conducta social, para lo cual necesita condiciones indispensables de inteligencia, de sentimiento y de carácter.

El que reúne ese mínimo de condiciones es un hombre normal. Pero hay muchos hombres que no las reúnen por deficiencias de su carácter psicológico. Son individuos anormales y el Estado ejerce una tutela sobre ellos, para protegerlos en su inferioridad y para proteger a los demás de su conducta irregular. (49)

Este para "proteger al loco en su "inferioridad" y proteger a los demás de su conducta irregular (o "peligrosidad")" es la base del Derecho Civil y Penal. Según esto, el enfermo mental no puede ser privado de sus derechos individuales impunemente solo por poseer una conducta "inferior", sino que precisamente por su inferioridad debe dársele protección y asistencia especial, así como procurársele un tratamiento adecuado para su rehabilitación.

Estos derechos individuales son conocidos en términos --
jurídicos como derechos subjetivos públicos. Toda persona go

(49) Rodríguez, G., Manual de medicina legal, México: Ediciones Botas (2ª ed.), 1956.

za frente al Estado de una serie de derechos que son limitaciones que el Estado se impone a sí mismo y que a su vez se convierten en el "status" del sujeto.

Jorge Jellinek considera que para que la relación entre el Estado y el ciudadano pueda calificarse como jurídica, es necesario que a éstos se les reconozca una personalidad a través de 3 status:

- a) El "status libertatis", que comprende los derechos de libertad, constituido por el poder jurídico de los individuos para obrar en las zonas de actividad que les concede el Derecho y por la obligación correlativa del Estado de abstenerse de ejecutar algún acto que lo impida.
- b) El "status activae civitates", constituido por los derechos políticos, conjunto de facultades que corresponden a los ciudadanos para participar en la vida pública como órganos del Estado -derecho de elección, activo y pasivo; y por último
- c) El "status civitas", que comprende el conjunto de derechos llamados por algunos autores "civicos" y que se traducen en el poder de exigir del Estado prestaciones encaminadas directamente a la satisfacción de intereses particulares, como por ejemplo el otorgamiento de concesiones, obtención de pago de sueldos, el uso de servicios públicos, así como la presentación de la actividad jurisdiccional a través del derecho de acción. (50)

Existe un cuarto tipo de derecho que es el conocido como garantías sociales; éstas se refieren a la capacidad como garantías sociales; de un grupo social de exigir una prestación del Estado que satisfaga los intereses del grupo en su conjunto.

(50) Citado en Herreras de Navarro, M., Situación jurídica del enfermo mental ante la legislación penal mexicana. Revista Anales de Jurisprudencia, año 43, tomo 161, octubre-diciembre, 1976, pp. 279-289.

to y, al mismo tiempo, el de los individuos que forman parte de él. Una de estas garantías sociales es "el derecho de la sociedad a su seguridad y defensa en contra del estado peligroso de los enfermos mentales, así como el derecho que a su vez el enfermo mental tiene a la protección y asistencia social del Estado" (51).

Estos derechos individuales los debe gozar cualquier persona por el solo hecho de serlo, independientemente de las características particulares de cada individuo. Como ciudadano, toda persona es capaz, en términos legales, de tener derechos y obligaciones. Sin embargo, y tomando en cuenta las diferencias significativas entre las personas normales y las que por alguna razón no pueden responsabilizarse de sus propios actos (entre ellos los sordomudos, toxicómanos, locos, retrasados mentales), esta capacidad puede ser jurídica o de actuar.

La capacidad jurídica (o capacidad de goce) es la aptitud que tiene el individuo para ser sujeto de derechos y obligaciones. En el artículo 22 del Código Civil para el Distrito Federal se señala que "La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código".

(51) Ibid., pp. 280-281.

se refiere a la aptitud del sujeto a hacer valer sus derechos y cumplir sus obligaciones por sí mismo. La minoría de edad, la locura, la condena penal, etc. priva a las personas de la capacidad de actuar; ellos ejercitan sus derechos y contraen obligaciones a través de representantes legales. Esta incapacidad de actuar, conocida como estado de interdicción, es el estado en el que se encuentran aquellas personas que a pesar de tener capacidad jurídica, tienen prohibido por la ley actuar en Derecho. (52).

El enfermo mental es considerado como sujeto de interdicción en el sentido de que no puede realizar actos jurídicos -- por sí mismo, necesita siempre un representante legal que haga valer sus derechos. En algunos casos, como señala Martínez Murillo (53), no existe posibilidad de representación legal como podría ser en el matrimonio, reconocimiento de hijos adopción, etc. Como estos actos jurídicos deben ser realizados únicamente por el interesado y estando éste incapacitado para realizar actos jurídicos, es acertado afirmar que para -- ellos no existe capacidad de goce para esos actos, es decir, -- que carecen de esos derechos individuales, derechos que, según el Código Civil debe tener cualquier persona por el simple hecho de serlo.

(52) Véase a Herreras de Navarro, *Ibid.*; Moto Salazar, E., -- Elementos de Derecho, México: Porrúa, 1962.

(53) Martínez Murillo, S. y Saldívar, S., Medicina Legal, México: Fco. Méndez Oteo (13ª ed.), 1983.

Todo contrato celebrado por un adulto "mentalmente" inca
pacitado no tiene validez, aún cuando se pudiese demostrar -
que en el momento de realizarse el contrato se hallaba en ple
no uso de sus facultades mentales. La única ocasión en la --
cual se acepta que en un momento de lucidez mental el inca
pacitado pueda realizar un acto jurídico es al otorgar testamen
to. Este hecho se justifica argumentando que el testar es un
acto que sólo puede realizarse personalmente, en donde no ca-
be la representación legal (como en el matrimonio, adopción,
etc., sólo que en estos casos se niega la capacidad de goce)
y que, además, no tiene fines de lucro sino que es simplemen-
te una forma de exteriorizar un sentimiento que va a sufrir -
efecto después de la muerte.

Esta es toda la legislación existente para el enfermo --
mental en materia de lo civil, y en ella se pone de manifies-
to la inferioridad del enajenado mental en relación al indivi-
duo normal, como si aquél tuviera que pagar las consecuencias
de haber adquirido una enfermedad peligrosa. En realidad, lo
que preocupa de la enfermedad mental es su peligrosidad apar-
ente para el resto de la población, o sea el descontrol o de-
sequilibrio social que provoca así como los problemas económi
cos que causa al Estado que debe mantener a gente improducti-
va.

En la actualidad no existe ninguna legislación sobre --- asistencia pública o código sanitario que establezca el tipo de asistencia y tratamiento dado al enfermo mental dentro de los psiquiátricos o las cárceles aunque ha habido intentos de - crear una legislación para enfermos mentales (54).

Hasta aquí, hemos visto las condiciones de vida de un su jeto enfermo mental dentro del sistema manicomial y los derechos individuales que goza (o que no goza) legalmente, falta ver cuáles son las circunstancias que permean al loco (tanto en lo jurídico como en lo referente a derechos humanos) que ha transgredido la ley, en materia de lo penal.

3.2. Aspectos Penales.

El Código Penal para el Distrito Federal (55) considera en algunos de sus artículos la situación de los delincuentes enfermos mentales de la siguiente manera:

-Sobre las circunstancias excluyentes de responsabilidad.

Art. 15 Son circunstancias excluyentes de responsabili-- dad penal:

- (54) Véase a Millán, A., Legislación sobre asistencia médica obligatoria para enfermos mentales, Criminalia, año XXII No. 5, mayo, 1956, pp. 262-272; Quiroz Cuarón, A., Le-- gislación psiquiátrica en México, Derecho Penal Contempo-- ráneo. No. 22 sep.-octubre 1967, pp. 73-75.
- (55) Código Penal para el Distrito Federal, México: Porrúa -- (44ª ed.), 1988.

I. Incurrir el agente en actividad o inactividad involuntarias
 II. Padecer el inculpado, al cometer la infracción, trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, que le impida comprender el carácter ilícito del hecho, o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio su jeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente.

- Sobre penas y medidas de seguridad.

Art. 24. Las penas y medidas de seguridad son:

...
 3. Internamiento o tratamiento en libertad de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos.

4. Confinamiento.

...

12. Suspensión o privación de derechos.

Art. 28. El confinamiento consiste en la obligación de residir en determinado lugar y no salir de él. El ejecutivo ha rá la designación del lugar, conciliando las exigencias de la tranquilidad pública con la salud y las necesidades del conde nado. Cuando se trate de delitos políticos, la designación - la hará el juez que dicte la sentencia.

- Sobre el tratamiento de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, en internamiento o en libertad.

Art. 67 En el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente.

Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento.

En caso de que el sentenciado tenga el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, el juez ordenará también el tratamiento que proceda, por parte de la autoridad sanitaria competente o de otro servicio médico bajo la supervisión de aquella, independientemente de la ejecución de la pena impuesta por el delito cometido.

Art. 68. Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, en forma provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que -

se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso.

Art. 69. En ningún caso la medida de tratamiento impuesta por el juez penal, excederá de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Si concluido este tiempo la autoridad ejecutora considera que el sujeto continúa necesitando el tratamiento, lo pondrá a disposición de las autoridades sanitarias para que procedan conforme a las leyes aplicables.

Para el Código Penal un delito se define como "La acción u omisión que sancionan las leyes penales" (56), siempre y cuando aparezca el elemento voluntad. Se considera que una persona ha cometido un acto delictuoso si ella tiene la capacidad de entender la magnitud de sus actos y la intencionalidad o el propósito de hacerlos. Entender y querer son los dos -- requisitos fundamentales para que una persona esté obligada a sufrir las consecuencias de sus actos. Como ella es responsable de su delito ante la sociedad, es decir, que es culpable por actuar con dolo, las leyes penales le adjudican una sanción.

Pero cuando la capacidad de entender está, por distintas circunstancias, alteradas, entonces se considera que no hubo intencionalidad, responsabilidad, ni culpa, por lo tanto no -

(56) Martínez Murillo, S., Op. Cit., 1983, p. 311

hay delito que perseguir (por ejemplo, en los casos de defensa propia, miedo, estado de inconsciencia, etc.).

En el caso del enfermo mental que comete un acto delictivo, no debe ejercerse, según el Código Penal, sanciones penales ya que él es ajeno, por su estado de inconsciencia, a toda culpabilidad, en vez de ésto solo se le aplican "medidas de seguridad".

Estas medidas de seguridad consisten, en primer término, en la reclusión de delinquentes enfermos mentales en establecimientos especiales como señala el artículo 68, o sea, en manicomios públicos o privados.

3.2.1. Condiciones de los reos enfermos mentales.

Una vez que se demuestra que una persona que ha delinquido es al mismo tiempo enferma mental se toman las medidas necesarias para su internamiento en un hospital psiquiátrico para su rehabilitación. Sin embargo, en muchas ocasiones las condiciones del internamiento no son deltodo satisfactorias para el restablecimiento del enfermo, y no solo eso, sino que además influyen para que la permanencia del individuo sea definitiva.

En un artículo aparecido en la revista Criminalia en mar

zo de 1971 (57), se analiza la situación de los reos enfermos mentales del Manicomio Genral, dependencia de la Secretaría - de Salubridad y Asistencia. En primer lugar se señala el alto índice de fugas realizadas por los reos o por enfermos peligrosos debido primordialmente a la "falta de medios de seguridad, insuficiencia del personal y escasa responsabilidad de los elementos que forma la vigilancia del manicomio" (58). - Además existe específicamente un pabellón para aquellos enfermos mentales que son también reos, en el cual se encuentran - al mismo tiempo "a todos los enfermos agitados, agresivos o - excitados que, por necesidad, son pasados por los médicos de todos los demás pabellones del establecimiento, lo cual significa que ese servicio está casi constantemente hiperpoblado y existe, además, promiscuidad, pues conviven enfermos agresivos transitoriamente y otros que se encuentran colocados en - condiciones de agitación motora, y, por último, sujetos cuyas características psicopáticas les hacen eminentemente peligrosos de modo permanente". (59)

Como medida de seguridad, el pabellón de reos en el Manicomio Genral no es muy efectivo ya que no existe la vigilancia que pudiera darse en un sistema carcelario, de ahí el alto índice de fugas. Para evitar esto, en vez de enviar a los re

(57) Instituto psiquiátrico forense, Criminalia. Op. Cit., -- 1971, pp. 179-188

(58) Ibid., p. 180

(59) Ibid., p. 180

os a un manicomio con poca seguridad policial, se han creado dentro de las cárceles anexos psiquiátricos que resguardan a los presos enfermos mentales. Estos anexos, además de permitir una mayor vigilancia sobre el reo, tienen muchas y diversas funciones:

1. Debe albergar reos que en el curso de su proceso o sentencia inicie la aparición de trastornos mentales.
2. Enfermos neurológicos (como paralíticos, epilépticos, etc. que tengan trastornos mentales discretos.
3. Debe guardar enfermos con agitaciones repentinas, transitorias por reacciones neuróticas o psicopáticas.
4. Debe atender eclosiones psicóticas, agudas o subagudas, de los reos de la prisión.
5. Debe atender problemas de Clínica de Conducta en el interior del penal.
6. Debe tener un servicio de consulta externa, sin internación, de los reos que lo ameriten.
7. Debe atender fenómenos anormales de conducta por endo-entoxicaciones (alcohol, marihuana, morfina, heroína, diabetes, uremia, etc.).
8. Debe constituir Asesoría Técnica de las Autoridades del Penal respecto de: a) calificar la conducta de cada reo en el penal; b) la conducta de cada reo para con su familia; c) la conducta del reo para con la familia de la víctima; d) quejas contra el reo; e) quejas del reo; f) llevar récord de riñas, robos, lesiones de cada uno; g) conocer-

la conducta en pabellones, escuela, gimnasio, militarización, crujiás, visitas, etc.

9. Calificar los actos de acuerdo con la exigencia de la Ley respecto a pruebas subjetivas y objetivas de arrepentimiento, enmienda y regeneración.
10. Rendir los informes de conducta que requieran el Departamento de Prevención Social o las autoridades del penal.
11. Verificar los estudios médico-psicológicos completos de los reos procesados o sentenciados, a partir de su ingreso al penal.
12. Hacer selección profesional y vocacional.
13. Hacer la terapéutica medicamentosa de tipo psiquiátrico para los casos que los ameriten.
14. Hacer la psicoterapia individual de los reos.
15. Orientar y vigilar la psicoterapia de grupo y colectiva en el penal. (60)

Teniendo funciones tan variadas y complejas con tan pocos recursos humanos y materiales (ya que no se trata de un hospital psiquiátrico sino de una prisión, por lo que hay que dar mayor énfasis al aspecto judicial), es obvio que la atención dada al enfermo mental sea deficiente. Tanto el Manicomio Genral como el anexo psiquiátrico son instituciones que no están en la posibilidad de atender de una manera adecuada a --

(60) Ibid., p. 181

los reos enfermos mentales porque parten de necesidades diferentes: el hospital no puede tener todas las características de una prisión, ni lo contrario. Lo único que logran ambas instituciones es un hacinamiento promiscuo donde se mandan -- reosenfermos mentales para que los guarden porque no hay otro lugar en la sociedad donde ponerlos.

En la mayoría de las ocasiones, cuando se "comprueba" -- que un individuo que ha cometido delito está trastornado en -- sus capacidades intelectuales, es recluido en un hospital psiquiátrico del cual, lo más seguro, es que no salga nunca debido a las condiciones a las que estará expuesto en dicho lugar. O sea que, el internamiento puede ser definitivo y de por vida y al individuo puede irle peor que si hubiera purgado una condena en la cárcel.

3.3. La reclusión como violación a los derechos individuales.

El artículo 67 del Código Penal señala la reclusión en manicomios para todos aquéllos que habiendo cometido una infracción padecen alteraciones mentales. Recluir a un individuo es una medida de seguridad social ante la supuesta peligrosidad de la locura.

Como el loco no puede reconocer ni aceptar su enfermedad mental, por lo que no da opción a ser atendido médicamente en forma voluntaria, y como sus mismas alteraciones mentales lo

convierten en un "transgresor potencial" de las leyes, la sociedad supone que existe una peligrosidad latente.

La reclusión en manicomios es una medida ideal para resguardar a la familia del enfermo y a la sociedad en general de una agresión directa o de la molestia que significa la presencia de un perturbado mental, ya que, como afirma Herrerías de Navarro, la reclusión encuentra su justificación "en atención a un peligro social y a la defensa que debe adoptarse -- por la ley a favor de la sociedad, ante una conducta nociva -- que la colectividad no tiene obligación de soportar..."(61). En otras palabras, recluir, como medida de seguridad, significa deshacerse de un problema social (llámese anomia, desviación, foco de infección, etc.). Sin embargo, la supuesta finalidad del internamiento forzado es la de dar atención médica obligatoria en establecimientos especializados a los enfermos mentales, incluso antes de que delincan, a manera de prevención. (62)

Lo anterior constituye una violación a las garantías individuales señaladas en la Constitución Política Mexicana, ya que, en primer lugar, no es posible asegurar que un enfermo mental, por el solo hecho de serlo, se convierta a la larga -- en un transgresor de la ley, por lo que no es factible intervenir a un individuo en contra de su voluntad (y a manera de pre

(61) Herrerías de Navarro, M., Op. Cit., 1976 pp. 284-285.

(62) Véase a Millán. A., Op. Cit., 1956.

vención) sólo por la supuesta peligrosidad que representa. --
 (Este hecho debe ser considerado como secuestro).

En segundo lugar, la reclusión como medida de seguridad priva al individuo tanto de sus bienes jurídicos como del derecho mismo a la libertad. Aún cuando esta medida de seguridad es legalmente diferente a una pena, guardan una gran similitud "por representar para la libertad del sujeto más que una restricción, una auténtica privación de la misma, de hecho, - tanto o más severa que una pena, ya que pueden consistir inclusive en la pérdida definitiva de la libertad, en los casos de alienados mentales incurables..." (63)

La reclusión en hospitales psiquiátricos o, como sucede en algunos casos, en cárceles, es un mecanismo empleado para aislar a los locos y para evitar futuras agresiones. Sin embargo, dentro de la ideología positivista existe una forma más sutil y eficaz de represión para todos aquéllos que se desvían de la norma: la prevención.

La legislación sobre enfermos mentales no toma en cuenta el aspecto preventivo de la reclusión, un enfermo mental solo es sometido a confinamiento si ha cometido un delito cualquiera. Teóricamente es así, pero en la práctica psiquiátrica - sucede que el médico, a manera de prevención de futuras agresiones "hacia su persona y hacia los demás", prescribe el in-

(63) Herrerras de Navarro, M., Op. Cit., 1976, p. 284

ternamiento obligatorio del enajenado mental, lo que con mucha frecuencia se realiza a la fuerza, en contra de la voluntad del interesado.

Detener y recluir a una persona que no ha cometido delito es anticonstitucional, ya que como afirma el artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (64): "nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento de la autoridad competente...". Esto significa que sólo a través de juicio previo una persona puede ser privada de su libertad. Sin embargo, como señala Siordia (65), uno puede asegurar, a pesar de no tener información estadística real, que en todos los manicomios públicos y privados de la ciudad de México, --son la excepción los pacientes hospitalizados a través de juicio de interdicción por las autoridades competentes.

De lo anterior se desprende que, si se acata-
ra rígidamente en nuestro medio las prescripciones
legales en vigor, resultaría sumamente difícil la
hospitalización forzada de los enfermos mentales
y, si consideramos el problema en sentido inverso,
resultaría que sistemáticamente se viene violando
la Constitución ya que en todas las instituciones
psiquiátricas se encuentran internados varios mil-
es de pacientes que no han sido previamente res-
tringidos de sus derechos mediante juicio de inter-
dicción. (66)

- (64) Rabasa, E. y Caballero, G., Mexicano ésta es tu Constitución, México: Sindicato Nacional de Trabajadores de Educación, 1984, p. 57
- (65) Siordia, G., El enfermo mental ante la legislación penal mexicana, Salud Pública de México, época V, vol. IX, No. 4, jul-ago, 1967, pp. 531-535
- (66) Ibid., p. 533

CAPITULO 4

ASPECTOS MEDICOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Como es sabido, el modelo médico psiquiátrico mexicano, al igual que toda la tecnología, es copia fiel de modelos extranjeros, principalmente de los Estados Unidos. Las diferentes terapéuticas utilizadas en la rehabilitación de trastornos mentales es común para muchos países del mundo, así que la descripción hecha en este capítulo de dichas terapéuticas se refiere a los enfermos mentales es general sin importar la nacionalidad.

Cabe hacer una segunda aclaración. Dentro de la terapéutica psiquiátrica existen dos grandes bloques: los tratamientos psicoterapéuticos y los tratamientos orgánicos. El primero se refiere al tipo de técnicas orientadas a la rehabilitación del individuo a través del análisis y la comprensión de aspectos inconscientes. Estos tratamientos son comunes en los hospitales psiquiátricos y suelen ser complementarios a los tratamientos farmacológicos. Los tratamientos orgánicos, por su parte, se caracterizan por la acción esencialmente biológica en el enfermo.

Los tratamientos psicoterapéuticos por ser técnicas con orientación más psicológica (originadas en el psicoanálisis--

freudiano) que médico-psiquiátrica, no serán analizadas en este capítulo, ya que aquí lo que interesa es dejar en claro el modelo médico-psiquiátrico (la intervención de la medicina en los trastornos mentales) como característico de la concepción de salud-enfermedad de la locura, ésto es, la locura vista como enfermedad y el tipo de tratamiento médico empleado (67).

4.1. Importancia y clasificación de los tratamientos orgánicos.

Un hecho importante en la vida de los hospitales psiquiátricos surge con la introducción de los psicofármacos (en la década de los 50's). Antes de la aparición de las drogas -- tranquilizantes los manicomios conservaban algunos métodos represivos antiguos (como el aislamiento, la camisa de fuerza, etc.) para mantener bajo control a los enfermos agitados. Una vez se descubre la capacidad de la reserpina y la clorpromazina (primeras drogas introducidas) para "reducir la excitación psicomotriz e inhibir el trastorno del pensamiento sin obnubilar la conciencia" (68), acaban los métodos brutales y son -- sustituidos por los tranquilizantes que se convierten así en un mecanismo más eficaz de control sin necesidad de usar la -- violencia, ya que la mayoría de los pacientes agitados se mantienen bajo los efectos de la droga la mayor parte del tiempo.

(67) Para tratar el tema de las técnicas psicoterapéuticas, -- consúltese a Ey, H., Op. Cit., 1986

(68) Freedman, A., Kaplan, H., Compendio de psiquiatría -- Barcelona: Salvat, 1980, p. 592

Castellanos escribe al respecto:

El empleo de estos fármacos ha modificado el ambiente hospitalario y social en los cuales vivían los pacientes mentales. Han permitido transformar los hospitales psiquiátricos "cerrados" (en los cuales el internamiento es obligatorio y legal en "servicios abiertos" (con internamiento voluntario y sin trabas legales). Los métodos brutales de "sujeción" empleados para los enfermos excitados han sido reducidos hasta en un 85% de los casos y los pabellones para agitados tienden prácticamente a desaparecer.

Así mismo, han ocasionado la disminución del empleo de métodos de tratamiento tales como los electrochoques, la insulino-terapia y la psicocirugía y, en cambio han permitido que mayor número de pacientes puedan ser beneficiados con otros recursos terapéuticos más en íntima relación con la rehabilitación del paciente mental como son la psicoterapia y las terapias ocupacional, recreativa, vocacional y educativa. (69)

Es innegable la importancia de los psicofármacos dentro de los tratamientos orgánicos de la enfermedad mental ya que han sido ellos los que han venido reformando la estructura y función de los hospitales más que los otros métodos orgánicos (electroshock, psicocirugía, etc.).

A continuación se describirá en qué consisten cada uno de los tres tipos de tratamientos orgánicos más frecuentemente utilizados por la psiquiatría institucional, a saber: los tratamientos farmacológicos; las terapéuticas de shock; y, las terapéuticas quirúrgicas.

(69) Castellanos, V., Rehabilitación de los enfermos mentales crónicos en el Hospital Granja "Bernardino Alvarez", Salud Pública de México, época V, vol. III, No. 6, noviembre-diciembre, 1961, pp. 917-922.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

4.2. Tratamientos farmacológicos.

El uso de los psicofármacos es psiquiatría tiene dos funciones específicas. Una de ellas es la reducción de la actividad en pacientes agitados, y la otra es la estimulación del estado del humor en pacientes deprimidos. Para el primer caso se emplean fármacos tranquilizantes y para el segundo anti depresivos. Estos fármacos no tienen una acción curativa, so lo actúan selectivamente sobre algunos síntomas fisiopatológicos suspendiéndolos.

4.2.1. Tranquilizantes.

Las drogas empleadas en los pacientes agitados puedan -- ser, dependiendo del tipo de agitación, tranquilizantes mayores (neurolépticos) o tranquilizantes menores (ansiolíticos).
a) Tranquilizantes mayores.

Los neurolépticos, conocidos también como antipsicóticos son empleados para reducir los estados de excitación, insomnio e hiperactividad de las esquizofrenias agudas y la manía gracias a sus efectos terapéuticos deseados (70) que pueden resumirse en tres grupos:

(70) Se habla de los efectos deseados para distinguirlos de -- aquellos otros que sin ser los buscados por la terapia -- aparecen como parte del síndrome neurológico de los neurolépticos que consta de los siguientes elementos: a) modificaciones neurovegetativas sobre las regulaciones cardiovasculares térmicas, ponderales, etc; b) inhibición psico motriz con disminución de la iniciativa; c) más raramente, modificaciones del tono: hipertonia; d) más raramente todavía, movimientos anormales: principalmente temblor, mioclonías, crisis de aspecto histeroide, etc. Ey, H., Op. Cit., 1986, p. 984.

- acción sedante, que permite controlar los estados de agitación;
- acción desinhibidora o psicoestimulante, "que provoca una estimulación psíquica y, en ocasiones crisis excitomotoras, pero que a dosis terapéutica "desinhibe" a los esquizofrénicos pasivos, apáticos, atímórnicos y autísticos" (71);
- acción antipsicótica, que suprime las experiencias delirantes y alucinatorias.

Quando se emplean los neurolépticos en los tratamientos psiquiátricos es preciso poner mucho cuidado y tener ética profesional, ya que los efectos secundarios mismos de estos tranquilizantes pueden mantener (si no es que hasta provocar) los síntomas esquizofrénicos. Es tal vez por esta razón por la que muchos pacientes psiquiátricos comparten los mismos comportamientos característicos del enfermo mental (constituyendo el estereotipo social) causado no tanto por el tipo de psicopatología sino por el efecto de los fármacos. Y es que el psiquiatra debe tomar en cuenta que al intentar suprimir selectivamente algunos síntomas (como la agitación, el autismo, las alucinaciones, etc.) está influyendo directamente en el campo de la conducta, la conciencia y la comunicación del enfermo, es decir que:

(71) Ibid., p. 985.

...modificamos también toda la manera "de estar en el mundo" del enfermo; al atacar sus síntomas mórbidos e indeseables atacamos igualmente toda su personalidad, de forma que modificamos su húmor, reducimos su rendimiento intelectual, su actividad psicomotriz, su potencia sexual, etc. Pero además, y esto es esencial, le privamos del único compromiso que él había imaginado, y que hacía soportable su existencia, entre sus pulsiones y la realidad social que le rodea; es decir, que le privamos de los síntomas a los que tiende con todas sus fuerzas y que al mismo tiempo se han convertido en las dianas a las que disparamos con no menos fuerza a base de neurolépticos. En tales condiciones deberíamos preguntarnos qué sucede con el enfermo desposeído de su delirio e inevitablemente sometido a una "falta" (le falta algo), que se traduce muy a menudo por una depresión más o menos acusada", (72)

Si la fonnación de la locura es la única forma en que el individuo ha podido elaborar y asimilar su vida, y la única manera que tiene para expresarse y comunicarse con el mundo, es obvio pensar que al "suprimirle" sus síntomas psicóticos se le está quitando todo lo que en ese momento tiene y lo que en ese momento es. Esta castración lo convierte en un sujeto pasivo, sumiso, regresivo, y si bien es cierto que se le están eliminando síntomas negativos que le impedían relacionarse con los seres que le rodean, también es cierto que este desprendimiento no le está dejando más que un vacío a su personalidad, y que, como dirían los antipsiquiatras, los únicos beneficiarios de este tratamiento son los terapeutas y los familiares del enfermo, que se ven así librados de la carga que representa para ellos.

(72) Ibid., p. 985.

Sin embargo, a pesar de lo dicho anteriormente, no hay que menospreciar el uso de los psicofármacos ya que, aplicados con ética y conciencia del daño que puede causar, es posible aprovechar la reducción de los síntomas más incómodos de las psicosis y procurar que el mismo enfermo colabore en su rehabilitación con algunas técnicas psicoterapéuticas sin apartarlo tajantemente del contexto social en el que vive (73).

b) Tranquilizantes menores.

Mientras que los neurolépticos son indicados en los estados psicóticos, los ansiolíticos lo son en los estados neuróticos. Las principales diferencias entre ambos consisten en que en los ansiolíticos hay ausencia de signos neurológicos (como modificaciones neurovegetativas, inhibición psicomotriz, efectos catalépticos, trastornos del tono y movimientos anormales) cosa que no sucede en los neurolépticos.

Los ansiolíticos son sedantes de la angustia y están indicados en "la ansiedad, la irritabilidad, la tensión emocional de los estados neuróticos, las manifestaciones neurovegetativas de los estados psicósomáticos y muchos estados somáticos con componente ansioso"(74). Estos tranquilizantes no poseen ninguna acción antipsicótica. Su uso puede producir habituación, tolerancia y dependencia física. Por esto y por su efecto depresor de los centros medulares, son muy frecuentes casos de suicidio en personas que ingieren ansiolíticos.

(73) Para precisar más sobre las indicaciones, contraindicaciones y otros efectos secundarios de los neurolépticos, véase a Freedman, A., Op. Cit., 1980; Eaton Jr., M.; Pattersen, M., Psychiatry, New York: Medical Examination Publishing Company, 1967

(74) Ey, H., Op. Cit., 1986, p. 993

Pertenecen a este grupo los carbamatos, las benzodiazepinas y las piperacinas.

4.2.2. Antidepresivos.

Al parecer, los antidepresivos constituyen los fármacos que más avances han tenido dentro de la psiquiatría, principalmente gracias al grupo de las aminas psicotónicas cuyo efecto es, ante todo, estimulador de la vigilia.

El grupo de antidepresivos más comúnmente utilizados es el de los tимоanalépticos, cuya acción antidepresiva es capaz de "invertir el humor depresivo en una excitación eufórica" - (75) por lo que se les conoce también como estimulantes del humor. Se dividen en dos grupos principales: los derivados tricíclicos (de los cuales el más importante es la imipramina y los inhibidores de la monoaminoxidasa (I.M.A.O.).

a) Los derivados tricíclicos: la imipramina.

La estructura de algunos derivados de la imipramina guardan una gran semejanza con las fenotiacinas por lo que pueden actuar como agentes antipsicóticos para algunos casos.

La imipramina está indicada para estados melancólicos, depresiones con afectaciones orgánicas y en alteraciones del humor de la vejez y la infancia. Sus efectos secundarios son:

(75) Ibid.m, p. 1003

"sequedad de la boca, constipación, sudores, taquicardia, insomnio, temblores, convulsiones, disuria y accidentes urinarios que sobre todo se han de temer en los ancianos, suboclusión, estados oniroconfusionales, inversión del humor, edemas, etc. A pesar de estos efectos secundarios, actualmente hay --tendencia a reconocer a este medicamento una acción comparable a la de la electroshockterapia" (76).

b) Los inhibidores de la monoaminoxidasa (I.M.A.O.)

Al parecer este tipo de fármacos no se emplea muy frecuentemente debido a que sus efectos secundarios son muy riesgosos, el más importante lo constituye las crisis hipertensivas caracterizadas por cefaleas graves, náuseas, vómitos, dilatación pupilar, fotofobias y alteraciones de la frecuencia cardíaca que en ocasiones puede terminar en hemorragias cerebrales debidas al gran aumento en la presión sanguínea. A pesar de que las complicaciones hepáticas son raras, se dan casos en los que la ictericia asociada con la hepatitis produce una necrosis hepática que puede ser fatal.

Está prescrita en depresiones, en estados neurasténicos y psicasténicos, depresión reactiva y psiconeurosis obsesivas principalmente.

En general, los fármacos antidepresivos (al igual que los tranquilizantes) deben ser prescritos con mucha precaución debido al alto riesgo de los efectos colaterales. Todo fármaco conlleva en su uso una serie de efectos no buscados por el tratamiento que pueden llegar a ser peores que los síntomas que se pretendían atacar o, incluso, llevar hasta la muerte al individuo.

En el caso de los antidepresivos los efectos secundarios pueden ir desde ligeras molestias como somnolencia, temblor, hipotensión arterial discreta, disuria, etc., hasta accidentes cardiovasculares severos (edemas pulmonares, ademas o hemorragias cerebrales).

Por si esto fuera poco, y al contrario de lo que pudiera pensarse, existe un alto riesgo al suicidio en individuos que ingieran medicamentos antidepresivos. Uno podría suponer que ya que la acción química de estos fármacos invierte el estado del humor (de depresión a excitación), éste debiera asociarse a una sensación placentera o a una reducción de la angustia en el individuo deprimido con ideas suicidas, sin embargo, los antidepresivos logran que disminuya la pesadez y la fatiga de los pacientes, que aumente su fuerza física, ya con ganas de moverse, el sujeto realice el acto suicida que por la inmovilidad del estado depresivo no podía ejecutar. En algunas

ocasiones el enfermo intenta suicidarse ingiriendo en exceso el propio medicamento depresivo.

Los fármacos, sean tranquilizantes o antidepresivos, --- constituyen un arma de doble filo que, dependiendo de la fin lidad con la que se empleen y de la existencia o falta de éti ca del profesional, repercutirá en beneficio o perjuicio del paciente.

4.3. Terapéuticas de shock.

Las terapias de shock son tradicionales en psiquiatría, ya que desde su inicio(1917) comienzan a usarse métodos de -- shock por fiebre , la malarioterapia, para el tratamiento de la parálisis en general. A partir de ésto, empiezan a surgir una serie de métodos de shock, de de los cuales han sido -- más frecuentemente utilizados: los shocks insulínicos y los - eléctricos.

4.3.1. Shocks insulínicos.

Esta técnica fue creada por Manfred Sakel en 1932 para - la cura de estados esquizofrénicos. Aunque en la actualidad han sido remplazadas casi en su totalidad por los neurolépticos, tuvieron en su época una gran importancia tanto por su -- "efectividad" como método terapéutico así como por haber evolucionado los hospitales psiquiátricos.

La terapéutica consisten en inyectar al enfermo cantidades progresivas de insulina hasta producir un coma hipoglucémico de una hora de duración; este coma es interrumpido con la administración de glucosa.

El coma se manifiesta una hora después de la inyección de insulina:

...el paciente presenta los primeros signos de hipoglucemia: sudoración y sensaciones de cansancio y somnolencia. Durante la segunda hora el sensorio del paciente se obnubila, y se duerme. Algunos pacientes se agitan, se mueven y vociferan. Otros están desorientados y tienen alucinaciones. El lenguaje se hace disártrico. Pueden observarse afasia y apraxia. Los fenómenos motores que aparecen durante la segunda hora son movimientos automáticos, garra forzada, contracciones mioclónicas y distintas manifestaciones distónicas. (...) Durante la tercera hora, el paciente puede entrar en un verdadero coma. -- Se alcanza la fase de coma cuando el sujeto es incapaz de reaccionar a los estímulos. Pueden producirse espasmos parecidos a los de la rigidez de decerebración, las pupilas no reaccionan a la luz y el estadio más profundo se caracteriza por una dilatación de las pupilas a la miosis, por la ausencia de reflejo corneal y por la desaparición de los reflejos tendinosos. (77)

Después de la terminación del coma (aplicando una hormona conocida como glucagón), a los diez o veinte minutos, el paciente comienza a despertar y se le da a beber una solución azucarada. En algunos casos puede aparecer, después de horas de terminado el tratamiento, un postshock donde el sujeto puede presentar sudoración, somnolencia o caer en un segundo coma. Si en este estado no se toman las medidas necesarias el paci-

ente puede perder la vida.

Las terapias insulínicas están indicadas en las esquizofrenias, en la confusión mental prolongada, en estados depresivos en sujetos jóvenes y en algunos delirios crónicos. De cualquier forma, este tratamiento es usado exclusivamente en enfermos graves y como último recurso, cuando ya han fracasado otros métodos terapéuticos, principalmente farmacológicos que son los que primero se utilizan.

4.3.2. Shocks eléctricos.

Los electroshocks, como todas las terapias convulsivas, tienen su fundamento en dos hechos observados por Joseh Medina en 1935: por un lado, encontró que cuando un paciente esquizofrénico tenía convulsiones espontáneas desaparecían sus síntomas bruscamente; y por otro, que la epilepsia y la esquizofrenia no aparecían juntas en la misma persona.

Lo anterior dió pie a que se desarrollaran los tratamientos convulsivos en la cura de la esquizofrenia. El más importante es el método electroconvulsivo creado por Hugo Cerletti en 1938.

La técnica de este tratamiento es como sigue:

El paciente debe estar en ayunas para evitar náuseas y vómitos después de la sesión; debe haber orinado y retirado previamente sus prótesis dentales.

(...) Los dos electrodos, impregnados de agua salada bien exprimidos, se colocan en las dos regiones frontoparietales recubiertas de compresas. A continuación se admí

nistra la corriente de un modo siempre simple pero propio de cada aparato. El shock convulsivo eléctrico se desarrolla según las fases tónica, clónica comatosa y de despertar de toda convulsión, pero precedidas de una fase de espasmo eléctrico y de una fase de latencia.

La fase de espasmo eléctrico ocupa todo el tiempo de paso de la corriente (algunas décimas de segundo). Si la cantidad de corriente que alcanza el cerebro es suficiente, la pérdida de conciencia es inmediata y el enfermo se pone rígido mediante un espasmo generalizado (trunco enpostótonos).

La fase de latencia comienza en el momento en que se corta la corriente, el enfermo cae sobre el plano de la cama y queda inerte durante unos segundos a un minuto.

La fase tónica puede iniciarse con un grito.

La fase clónica no tienen nada de característico.

La fase comatosa es más o menos larga y se continúa insensiblemente por una fase de sueño. Si el enfermo se encuentra en un ambiente de calma, el despertar espontáneo sobreviene después de un período variable de algunos minutos a una media hora. El retorno de la conciencia es generalmente inmediato a la reapertura de los ojos.

Bastante raramente el despertar está precedido de una fase crepuscular con agitación que puede ser excepcionalmente muy intensa. (78)

Los efectos posteriores a la aplicación del electroshock se relacionan directamente con la memoria. Frecuentemente hay olvido de todo el proceso del tratamiento y, después de varias sesiones hay alteración generalizada de la memoria que puede durar varias semanas.

Algunos pacientes cuando despiertan reaccionan en un estado de excitación al ambiente de ese momento, puede haber cambios emocionales que van desde la euforia hasta el aplana-

miento afectivo. Una reacción muy común es el miedo que tiene el paciente al tratamiento.

Antes del primer tratamiento, su miedo se debe probablemente al nombre de "tratamiento de shock" y todo lo que pueda haber oído sobre él. Su miedo disminuye después del primer tratamiento, cuando se da cuenta de que no sintió ninguna molestia. Sin embargo, al cabo de varios tratamientos se instaura otro miedo. Este miedo parece ser el resultado de la experiencia desagradable de despertarse después del tratamiento y de no saber quién es ni en dónde está. (79)

El paciente siente que de alguna manera esas terapias violentas en vez de dejarle algo bueno acaban lentamente con sus ideas, sus pensamientos y su memoria.

Además de esto, pueden haber algunos accidentes durante las convulsiones como fracturas, luxaciones, mordeduras de los labios o lengua (80) o complicaciones más severas tales como arritmias, síncope cardíaco, absceso de pulmón, reactivación de una tuberculosis pulmonar, crisis epilépticas posteriores, etc.

La terapia electroconvulsiva está indicada en los estados depresivos, excepcionalmente en los maníacos, en las equivozofrenias y en los delirios crónicos, y, al igual que en el coma insulínico, es empleado como último recurso o en casos de urgencia (por ejemplo, cuando hay riesgo de suicidio).

(79) Freedman, A., Op. Cit., 1980, p. 614

(80) Para prevenir estas complicaciones mecánicas puede inyectarse un relajante muscular (como el curare) antes del electroshock.

Algo importante de señalar sobre el electroshock es que su uso se basa exclusivamente en la observación empírica, ya que no se sabe cuál es la razón fundamental o la base orgánica de la acción electroconvulsiva sobre la dinámica de la enfermedad mental. De hecho, su descubrimiento no se debe a un fundamento científico sino meramente casual tomando como modelo la forma en que mataban a los cerdos en un matadero italiano (81).

4.4. Terapéuticas quirúrgicas.

La idea de seccionar los lóbulos frontales (lobotomía) surge de los experimentos realizados en monos por Fulton y Jacobsen en 1935, donde se descubre que extirpando los lóbulos frontales los monos podían recordar sus costumbres, aprender nuevas y aceptar la frustración con "calma filosófica". A raíz de esto surgieron varias investigaciones en el humano y en 1942, Freeman y Watts afirmaron que "la depresión, las preocupaciones, la agitación y las alucinaciones podían calmarse mediante la sección de los lóbulos frontales en un plano coronal" (82). Este tratamiento, que en un tiempo fue difundido por todo el mundo, ha sido desplazado por los fármacos, y debido a que produce una lesión cerebral destructiva irreversible, no se recomienda hasta que han fracasado los demás métodos.

(81) Una crítica sobre la forma antiética del descubrimiento y experimentación de los electroshocks se encuentra en Szasz, Th., ¿A quién le sirve la psiquiatría? en Basaglia, F., Op. Cit., 1987.

(82) Freedman, A., Op. Cit., 1980, p. 618.

Este tipo de terapéutica trae como resultados algunas alteraciones neurológicas (como quistes en el plano de sección y a su alrededor, hemorragias y crisis convulsivas), fisiológicas (incontinencia, apetito excesivo), psiquiátricas (conducta indiscreta y grosera, falta de insight y conducta psicopática) y psicológicas (disminución de la capacidad para formar conceptos y para proyectar, tendencia a tomar decisiones impulsivas sin reflexión previa).

Esta técnica está indicada "en pacientes que sufren una tensión grave originada por el miedo, la preocupación, la depresión, la ansiedad, o la agitación" (83), pero principalmente para aquellos individuos que están fuera de todo control, para aquellos en los que la fuerza física, las electroconvulsiones, la sedación con fármacos, ya no es suficiente para detener su estado de agresión hacia el exterior.

(83) Ibid., p. 619.

CONCLUSIONES DE LA SEGUNDA PARTE.

Por lo visto hasta aquí, puede afirmarse que el problema de la enfermedad mental constituye (y ha constituido siempre) una preocupación de control social con matices médicos. Ha sido primero la necesidad social de aislar al loco o anormal lo que creó la institución psiquiátrica, para, posteriormente, - darle una explicación científica a este aislamiento.

Este aislamiento no favorece tanto al paciente como a la gente que lo rodea y que se ve al fin liberada de soportar la carga que representa el enfermo en su vida. El enfermo, -- por su parte, que ha elaborado su locura para poder sobrevi-- vir en un mundo que no comprende, se siente agredido por una serie de tratamientos que logran dejarle un vacío interior.

Estos tratamientos médicos, muchos de ellos empíricos -- más que científicos, constituyen los mecanismos por los cuales la institución pretende readaptar (más que rehabilitar) al individuo, y, a su vez, por el tipo de consecuencias colaterales tanto fisiológicas como psicológicas que acarrea, representan un peligro para la vida del enfermo.

Estos métodos, no curativos sino represivos, aunados al sistema legal, hacen del problema de la enfermedad mental un problema de Derechos Humanos.

La nulidad de la personalidad civil y jurídica, el internamiento involuntario, los tratamientos terapéuticos violentos que pueden acabar no sólo con la salud mental sino con la vida del paciente, permiten considerar en México a la enfermedad mental como una violación a la Constitución Política y a la Declaración Universal de Derechos Humanos.

TERCERA PARTE

ALTERNATIVAS AL MODELO PSIQUIATRICO TRADICIONAL

El análisis crítico hecho al modelo médico psiquiátrico tradicional ha dado como resultado la investigación, elaboración y realización de otros métodos terapéuticos alternativos en psiquiatría. Tomando como fundamentos teóricos lo planteado por las Corrientes Alternas en Psiquiatría, se ha cuestionado y, en ocasiones descalificado, el tipo de hospitalización y los tratamientos terapéuticos que van en perjuicio del enfermo.

Aunado a este hecho está la aparición de los psicofármacos que han permitido evitar el internamiento innecesario y sustituirlo o complementarlo con otras técnicas menos represivas.

Los métodos terapéuticos elaborados tienden a contextualizar al enfermo dentro de grupos. Parten de la idea de que la rehabilitación se logra más fácilmente si en vez de apartar al enfermo de su medio ambiente inmediato y asilarlo, conserva la relación con su contexto, el cual puede ser su familia, un grupo de trabajo o su comunidad. Se han creado una gran variedad de métodos de este tipo, como los servicios de hospitalización parcial (hospital de día, de noche o de fin de semana) y las terapias grupales (84).

En este trabajo analizaremos solos de esas alternativas por considerarlas representativas y efectivas en el tratamiento de la enfermedad mental: El Hospital de Día, y la Terapia

pia Familiar.

CAPITULO V

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE DIA

El Hospital Psiquiátrico de Día es una modalidad de hospitalización parcial en el cual el enfermo en vez de permanecer internado, acude diariamente dentro de un horario diurno determinado para tomar sus terapias y realizar diversas actividades en talleres formados para ellos. Por las tardes regresa a su hogar, lo que le permite mantener contacto con su medio ambiente externo inmediato.

Los pacientes que acuden al Hospital de Día son aquellos que requieren un programa terapéutico más completo que los -- ofrecidos en consulta externa pero que no necesitan permane-- cer 24 horas en el hospital. La mayoría de los que asisten a este tipo de servicio son los propios pacientes que han salido del internamiento psiquiátrico y están en proceso de recuperación.

5.1. Fundamentos teóricos.

Más que existir un marco teórico en el cual se fundamente esta modalidad de tratamiento, la idea surge por problemas de sobrecupo, altos costos y alto índice de reingresos en los hospitales psiquiátricos.

Debido a la creciente demanda de servicios en el -- Área de Salud Mental, se vió la necesidad a nivel mundial de ampliar la capacidad de los medios terapéuticos y de las instalaciones, a bien de buscar alternativas para poder satisfacer a una población cada vez más numerosa.

También había que reducir la tasa de rehospitalización ya que ésta aumentaba considerablemente a la población flotante hospitalaria. Se requería de una transición entre el paciente dado de alta y la comunidad, ya que el control através de consulta externa era insuficiente. Además, se observó que muchos de los pacientes dados de alta regresaban al hospital por iniciativa propia, deambulando por horas, lo cual reflejaba la falta de ubicación y re inserción dentro de su medio social, y reforzaba la necesidad de reintegración paulatina y que la rehabilitación se diera en el seno de la comunidad. (85)

Estas dos fueron las causas principales para crear una -- modificación al internamiento psiquiátrico que no resultara -- costoso e ineficiente y que, a su vez, permitiera al enfermo mantener relación con su contexto inmediato. Poco a poco fue ron surgiendo en varias partes del mundo Hospitales de Día ya que por sus características y bajo costo constituyen, aún para los países subdesarrollados, una posibilidad factible de -- atención psiquiátrica.

Los objetivos del Hospital de Día son en términos generales, proporcionar un servicio de transición entre el hospital y la comunidad; marcarse metas limitadas con cada paciente, -- apoyarlo durante un periodo de crisis, ayudarlo a resolver un conflicto de tipo marital, o integrarlo en programas de

(85) Soto Jaimes, G., Aspectos fundamentales sobre el Hospital de Día en hospitales psiquiátricos, Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAN, 1983, p. 25

rehabilitación vocacional o social; controlar las readmisiones por recaídas y prevenirlas en lo posible; extender el servicio psiquiátrico a un mayor número de personas al mismo tiempo que se conserva el núcleo familiar; resocializar, aminorar los síntomas; tratar al individuo no como un sujeto aislado sino dentro de grupos terapéuticos (86).

5.2. Procedimiento terapéutico.

Es preciso señalar que todo tratamiento dentro del Hospital de Día busca readaptar al paciente a su comunidad tratando de integrarlo a los grupos que pertenece y reincorporarlo a la producción, de ahí la necesidad de formar talleres.

El tratamiento terapéutico puede clasificarse de la siguiente manera:

- Intervención en crisis. Ataca diferentes aspectos de la personalidad simultáneamente con todas las técnicas disponibles y, por lo general, se usa en la primera fase del tratamiento.
- Terapia somática. Incluyen las terapias farmacológicas, electroconvulsivas y físicas.
- Terapia ocupacional. El trabajo (como se menciona en el primer capítulo) es considerado por sí mismo como remedio para todos los males, simbólicamente el trabajo representa dentro de las relaciones sociales producir, y en un mundo -

(86) Ibid., p. 25

donde el que produce es valorado como gente social y el que no produce es minusvaluado, trabajar constituye una parte esencial de la identidad, del autorrespeto. Esta es la idea de la cual parte el concebir el trabajo como terapia para los enfermos mentales.

- Terapia educativa. Contempla actividades de tipo académico y cultural como talleres de literatura, redacción, música, etc.
- Terapias de resocialización. Se programan actividades de convivencia social (días de campo, visitas a centros culturales, festejos de aniversarios, discusiones en grupos, etc.) con el fin de que los pacientes mantengan contacto con otros individuos y puedan establecer interrelaciones, compartir experiencias y alcanzar la auto aceptación.

Otro tipo de terapias más analíticas pretenden lograr la autocomprensión en el paciente de su problemática y ayudarle a encontrar los elementos necesarios para transformar su realidad. Las terapias de este tipo enfatizan las actividades que permiten una libre expresión y elaboración de los conflictos del enfermo, entre ellas están:

- Terapias psicoanalíticas. Que pueden ser individuales, familiares o de grupo,
- Terapias expresivas. Psicodrama, sociodrama, etc.
- Actividades manuales o artísticas. Artesanías, dibujo, danza, etc.

Los supuestos son: a mayor participación, mayor rol activo fuera de la clínica, el ejercicio aumenta la conciencia corporal y reduce la tensión proporcionando mayor autoestima. Todas estas actividades fomentan la cohesión de grupo, las actividades sociales, la autoexpresión y la iniciativa, además de que ayuda a la participación en otras terapias. (87)

A medida que el paciente mejora, el programa de tratamiento debe irse modificando gradualmente hacia la terapia en consulta externa y dejar al Hospital de Día solo como una posibilidad en caso necesario. Un paciente se da de alta en el Hospital de Día cuando observa que ya no requiere una atención constante y puede ser tratado en consulta externa, cuando se considera que ha superado su crisis personal y puede funcionar dentro de su comunidad.

5.3. El Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", un ejemplo.

El primer lugar donde se lecha a andar en México el Hospital de Día es el psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en septiembre de 1979, con el propósito de trabajar no solo con el paciente sino también con sus familias enfatizando la importancia de considerar al enfermo como un miembro útil tanto dentro como fuera del hogar.

El Hospital de Día planteó desde sus inicios dos niveles de atención; por una parte, debiera encargarse de coordinar todas las actividades de rehabilitación e integración social.

(87) Fertig, S.; Howe, M., 1977, citado en Soto Jaimes, G., 1983, p. 35

de todos los aspectos del hospital, y, por otra, debiera atender bajo un régimen establecido a pacientes medio-internos - (de 9 a 14 hrs.) con programas de psicoterapias, terapias ocupacionales, farmacológicas, etc. hasta ser dados de alta.

El hospital Parcial estaba planeado para atender 90 pacientes divididos en seis módulos de 15 pacientes cada uno. -- Los requisitos para ser pacientes eran: "provenir de consulta externa u hospitalización de HPPFBA⁺, con remisión de padecimientos, tener entre 18 y 55 años, vivir en el D. F. y tener fácil acceso al Hospital y estar inactivos en el área laboral o escolar... están excluidos del mismo, pacientes con cuadros de: 1. Demencias; 2. Psicopatías; 3. Retardo Mental Profundo; 4. Desórdenes Graves de Aparatos y Sistemas".(88)

Guimaraes Borges describe un día típico del paciente del Hospital Parcial en el HPPFBA en 1981:

1. Llega a las 9 a.m., recibe sus medicamentos y los toma ahí.
2. De 9:15 a 10 a.m. realiza las siguientes actividades:
 - a. Lectura y comentario de notas periodísticas y/o
 - b. Psicoterapia de Grupo y/o
 - c. Consulta médico-psiquiátrica.
3. De 10 a 12 m. pasa a los talleres
4. A las 12 m. hay una pequeña merienda con el personal médico y paramédico.
5. De 12:15 a 13:30 p.m. realiza actividades variables, tales como deportes, pintura, música-terapia o asambleas (mitin), es decir, reuniones donde se interactúa con el personal, se proponen sugerencias y quejas se discute sobre la visita extrahospitalaria, etc.

⁺ Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

(88) Guimaraes Borges, G.L., Rehabilitación en Hospitales Psiquiátricos, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1981, p. 242

6. A las 13:15 p.m., toman su medicamento y se llevan a la casa el medicamento nocturno.

7. 14 p.m., se cierran las labores. (89)

Además de esto, se acostumbra celebrar días festivos, cumpleaños y la Terapia Extrahospitalaria (que consiste en un paseo donde pacientes y personal sin bata médica interactúan libremente con el fin de romper roles establecidos).

Los talleres existentes en ese momento eran: carpintería, pirograbado, pintura artística, tejido de tapetes, bordado y corte y confección. Los pacientes realizan sus trabajos que son vendidos posteriormente a precio de costo utilizando el dinero recaudado para la compra de más material.

Para el año en que Guimaraes realizó este estudio, sólo había pasado poco más de un año en haberse puesto en marcha el Hospital Parcial del HPFBA, por lo que las insuficiencias del programa eran entendibles y no permitían concluir tajante sobre la eficacia de este tipo de tratamiento en la rehabilitación de los enfermos mentales.

En 1982, Del Río Lugo (90), dice del Hospital de Día en México lo siguiente:

(89) Ibid., p. 242.

(90) Del Río Lugo, N.A. y Verduzco Alvarez-Icaza, M.A. Hospital de Día: Un nuevo concepto de atención psiquiátrica. Salud Mental, vol. 5, año 5, No. 3, otoño, 1982, pp. 16-17.

Aún cuando el hospital de día ofrece ventajas para proporcionar atención integral con menos recursos económicos y humanos, en México solo se han llevado al cabo intentos aislados de esta modalidad, ya que no se le ha considerado suficientemente como una posibilidad de solución a problemas tan agudos como la falta de camas, los costos elevados, la elevada tasa de reingresos, la sobrepoblación, etc. Contribuyen a este fenómeno, los siguientes factores:

- Discontinuidad de los servicios, programas y personal debido a cambios administrativos políticos dentro de las instituciones, lo que ocasiona graves pérdidas y falta de resultados a largo plazo. Los proyectos quedan trunco y se vuelven a reestructurar sin aprovechar la experiencia anterior.
- Instalaciones físicas que limitan los objetivos iniciales de los programas.
- Aislamiento de las instituciones con respecto a otros y con respecto a la comunidad, lo que tiene diversas consecuencias tales como: duplicación de trabajos de investigación; dificultad para llevar al cabo una adecuada canalización entre servicios que atiendan el mismo tipo de padecimientos; creación de programas ajenos a la población con la importación indiscriminada de esquemas de otros países, sin tomar en cuenta las necesidades reales de los usuarios de estos servicios. (91)

Soto Jaimes (92) coincide, un año después, con lo explicitado por Del Río Lugo, y afirma que el Hospital de Día en vez de ir creciendo ha disminuido e incluso han desaparecido los pocos que se habían implementado en México y solo se conservó el del HPFBA.

La falta de atención y promoción del Hospital de Día impide que se conozca este tipo de servicio en la población, y aún más, en los psicólogos. Las causas de esta falta de interés no son explicables fácilmente si se toman en cuenta las -

(91) Ibid., p. 17.

(92) Soto Jaimes, G., Op, cit., 1983.

ventajas que ofrece sobre el hospital tradicional (no hay sobrecupo, el tipo de interacción personal-paciente permiten -- que éstos tengan mayor interés en sus terapias y acudan regularmente, los costos se reducen, etc.).

CAPITULO 6

TERAPIA FAMILIAR

La terapia Familiar, como método de tratamiento, se inició en los Estados Unidos a finales de los años cuarenta principalmente con familias con miembros esquizofrénicos. Quizá uno de los descubrimientos que motivaron el desarrollo de este tipo de terapia fue el hecho de considerar que aquello que se había venido llamando "enfermedad mental" no era una enfermedad en el estricto sentido médico y que siquiera era algún tipo de "desorden mental" sino que, por el contrario, eran manifestaciones ordenadas que tenían su sentido dentro de las familias donde surgían.

Poco a poco en las entrevistas con las familias se fue encontrando que invariablemente, si el paciente esquizofrénico mejoraba otro miembro de la familia comenzaba a presentar sin tomas patológicos. Esto llevó a los primeros investigadores a suponer que el tipo de relación y la forma como se daba la comunicación dentro de una familia podría compararse a un sistema homeostático o cibernético donde cualquier cambio dentro del sistema debiera estar regulado para no alterar su equilibrio.

6.1. Fundamentos teórico y epistemológico.

La Terapia Familiar ha tenido sus bases teóricas en áreas que no pertenecen a la psicología sino a ciencias de la comunicación. Los primeros conceptos que se retomaron provinieron de teóricos de la información como Claude Shannon; ciberneticos como Norbert Wiener y Ross W. Ashby; y de la Teoría -General de los Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy. A este grupo se une el antropólogo Gregory Bateson quien sintetizó estas ciencias y fué uno de los primeros en conceptualizar a la familia como un sistema homeostático.

Posteriormente se desarrolló un segundo modelo teórico - diferente al homeostático: el evolutivo. Este surge de las - ideas del físico Ilya Prigogine (Termodinámica de Estados irr eversibles) y del biólogo Humberto Maturana, principalmente. Al contrario del modelo homeostático o cibernético que enfa tiza que los comportamientos sintomáticos están encaminados - a mantener el equilibrio en las familias, el modelo evolutivo (cuyo principal representante es Paul Dell) considera a las - familias, al igual que a todos los sistemas vivos, como enti dades en evolución y no en equilibrio, capaces de transformar se súbitamente. (93)

(93) Hoffman, L., Fundamentos de la terapia familiar, México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

Independientemente de las diferencias, ambos comparten el concepto central de su epistemología: la idea de circularidad.

El pensamiento circular se contrapone a la causalidad -- lineal que presupone que la enfermedad mental tiene una causa -- directa que la explica, así, el modelo médico considera que -- la causa de la enfermedad mental es un mal funcionamiento biológico, el tratamiento consiste en encontrar un remedio que -- bloquee los procesos físicos que causan dicho mal para que el equilibrio biológico se restablezca.

En contraste, la circularidad plantea que no existen causas lineales cuando se habla de totalidades o de sistemas en donde todas las partes se mantienen en constante interrelación. Hoffman escribe:

Las pruebas aportadas por los observadores tras la pantalla apoyaron el creciente desencanto de la visión lineal e histórico. Si alguien veía a una persona con una aflicción psiquiátrica en una clínica, fácil le sería -- suponer que esa persona padecía un desorden intrapsíquico surgido de su pasado. Pero si veía a la misma persona con su familia, en el marco de las relaciones diarias, -- se empezaba a ver algo totalmente distinto. Empezaban a verse las comunicaciones y comportamientos de todos los presentes, componiendo muchos "rizados" causales circulares que avanzaban y retrocedía, siendo el comportamiento de la persona afligida tan sólo un aparte de una danza general recurrente. (94)

(94) Ibid., pp. 17-18.

Viendo la Terapia Familiar como sistema, donde todas las partes se interrelacionan e influncian, el terapeuta no se concibe como un ser objetivo y separado de su campo de estudio, al contrario, todos juntos forman un sistema en el cual cada elemento actúa y reacciona sobre los demás y cada acción y reacción cambia constantemente el campo de el que se mueve dicho sistema. (95)

Este tipo de epistemología es lo que caracteriza la metodología de la Terapia Familiar desde sus primeras investigaciones. Desde este punto de vista Bateson, en su trabajo con familias con miembros esquizofrénicos, encontró un tipo de comunicación existente en estas familias que constituye la esencia del origen de la patología y que llamó "doble atadura".

Este concepto (medular en el desarrollo de la Terapia Familiar) se refiere a una situación permanente en la que la comunicación se impone a través de una serie de callejones de salida de unos miembros a otros dentro del sistema y que provocan, a la larga, lo que se conoce como "esquizofrenia". "Una doble atadura era, en esencia, una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel era solapadamente anulado o contradicha en otro nivel". (96)

(95) Sáenz Romero, G. I., La Terapia Familiar como alternativa terapéutica en un centro de salud mental comunitaria, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, 1983,

(96) Hoffman, L., Op. Cit., 1987, p. 29.

El ejemplo clásico de una doble atadura es la afirmación "domíneme", ya que la persona a la que se dirige sólo puede dominar obedeciendo, lo que es una contradicción.

La teoría de la doble atadura de Bateson fue el origen de una serie de investigaciones sobre familias que permitieron desarrollar varios modelos terapéuticos dentro de lo que es la Terapia Familiar.

6.2. Procedimientos terapéuticos.

El trabajo realizado con las familias abrió una gama de posibilidades terapéuticas a emplear, cada una de las cuales es un enfoque diferente de la Terapia Familiar. Los enfoques que más se han desarrollado por su efectividad son: el estructural, el estratégico y el sistémico.

6.2.1. Enfoque estructural.

Su principal representante es Salvador Minuchin. Según su teoría, una familia bien organizada presenta siempre límites en sus componentes. Por ejemplo, la relación de los esposos marcará límites para proteger su intimidad; la relación padre-hijo también estará precisada o limitada por el comportamiento de ambos; los hermanos a su vez tendrán limitaciones entre sí y estarán organizados jerárquicamente dependiendo de su edad y su sexo. Esto significa que cada relación en la familia (o subsistema) tiene un lugar específico dentro de su organización. El papel del terapeuta consiste, entonces,

en "notar el ángulo de desviación entre él y la familia que acude a él. Desde un punto de vista estructural, la terapia consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime más de cerca a este modelo normativo" (97).

Desde este punto de vista el síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional, en el momento en que se organice de manera más "normal" el síntoma desaparecerá automáticamente. El proceso mediante el cual el terapeuta debe guiar la reorganización familiar comienza al cuestionarse sobre aquellos aspectos organizativos que caracterizan una familia en donde las cosas marchan bien; detectar el problema y encontrar el sitio exacto de la carencia de la buena organización, para poder actuar sobre ella. Por ejemplo:

...si la madre y una hija están actuando como hermanas, el terapeuta pondrá a la madre a cargo de las actividades de la hija durante una semana. De manera semejante encontramos un buen grado de individualización en una familia que está trabajando bien. Si no se respeta el límite que delinea a un individuo, el terapeuta estructural podrá pedir a cada persona que piense y hable sólo por sí misma. O bien, puesto que en una familia funcional el subsistema marital y el subsistema parental tienen fronteras distintas, el terapeuta que ve que una pareja pasa todo su tiempo cuidando de sus hijos podrá pedirle que se vaya, dejando solos a los niños. (98)

Según Hoffman, la idea de "normatividad" de Minuchin no es tan tendenciosa como parece, ya que "su modelo es lo bastante flexible para incluir las diversas maneras en que pueden organizarse las estructuras familiares de pobres o de dis-

(97) Ibid., p. 248

(98) Ibid., p. 248.

tintas etnias, y respeta estas costumbres hasta el punto en que funcionan para bienestar de los miembros de dichas familias" (99)

6.2.2. Enfoque estratégico.

Jay Haley fue el primero en emplear el término "estratégico" para definir el tipo de terapia en la cual el terapeuta diseña las intervenciones para cada problema. Según este enfoque la estructura familiar no es tan importante como el síntoma, porque todos los comportamientos que tratan de suprimirlo de alguna manera lo mantienen y este círculo vicioso es lo que crea el "problema" familiar. Por ejemplo, una esposa que celosa a su marido y le discute constantemente provoca que éste sea menos cariñoso con ella y evite su presencia, lo que a su vez refuerza los celos de ella que vuelva a reclamarle, etc.. La técnica que emplea un terapeuta estratégico es reenmarcar estos comportamientos, perturbando esta secuencia de modo tal que se le perciba de una nueva manera.

Este reenmarque consiste en una serie de situaciones paradójicas que el terapeuta emplea para incitar el cambio, así, por ejemplo, en vez de hacer comprender a la esposa que si dejara de celar a su marido y se mostrara más cariñosa con él, éste cambiaría, el terapeuta le dirá que sus celos son una --

demostración de amor y que el marido es tan débil emocionalmente que necesita constantemente pruebas de su cariño, y le pedirá a ella que redoble sus celos. En muchas ocasiones esto es suficiente para que ambos cambien su comportamiento.

Las técnicas paradójicas son muy valiosas para el enfoque estratégico puesto que se basan "en las cualidades opuestas de la mayor parte de las familias con síntomas psiquiátricos, casi obligándolas a cambiar al resistir a toda orden de no hacerlo" (100)

John Weakland, Paul Watzlawick y Richard Fish son los representantes de este tipo de enfoque. En contraposición con Minuchin, ellos no empiezan a un nivel abstracto para trabajar adentro, sino que empiezan a un nivel más específico y lo elaboran. El procedimiento que emplean para la entrevista inicial es muy similar a la forma en que un detective elabora las preguntas para resolver un misterio.

Así como no le interesa la estructura familiar, tampoco se preocupan por otros comportamientos disfuncionales mientras no se presenten como problema dentro del núcleo familiar "el terapeuta estratégico no se impone donde no se lo piden". (101)

(100) Ibid., p. 261

(101) Ibid., p. 257.

Las objeciones más comunes hechas a este enfoque terapéutico son: que el uso de tales "trucos" paradójicos rebajan la - profesión, se les acusa, además de "manipulación" y de "ingeniería social".

A estas críticas los estratégicos responden que lo que - les interesa es resolver los problemas de la gente de la manera más fácil y menos costosa.

Aunque niegan todo interés en la familia como "sistema", trabajan sistemáticamente y esperan (aunque no demasiado) que un pequeño cambio en una importante relación familiar tendrá un efecto de "dominó" sobre otras relaciones: un matrimonio puede mejorar "por sí solo" después - de que uno de sus hijos mejora, simplemente porque, por primera vez en años, los padres dejarán de pensar todo - el tiempo en el niño, se redescubrirán uno al otro y empezarán a pasarla bien". (102)

6.2.3. Enfoque sistémico.

Mara Selvini Palazzoli, Luigi Bocolo, Giuliana Prata y - Gianfranco Cecchin son los creadores del enfoque "sistémico" - en Terapia Familiar. Aunque influenciados por el grupo de -- Palo Alto California (Weakland, Watzlawick y Fish) ellos desarrollaron en Milán, Italia, una metodología completamente diferente y peculiar. La terapia se trabaja con dos parejas de te rapéutas: un hombre y una mujer en la habitación con la familia, y una mujer y un hombre que observan detrás de una pantalla por la que sólo se puede ver de un lado.

(102) Ibid., p. 261.

Periódicamente, los observadores pueden llamar a uno de los terapeutas fuera de la habitación para ofrecerle una sugestión o pedirle mayores informes. Hacia el fin de la sesión, los terapeutas irrumpen para una consulta con los observadores, y durante este tiempo los cuatro -- comparten opiniones, y aparecen con una intervención o una recomendación. Esto puede ser un ritual, una tarea o una prescripción. (103)

El tratamiento dura aproximadamente 10 sesiones con intervalos de un mes o más. Estos intervalos son tan largos -- para permitirle a la familia procesar la gran cantidad de información que surge de las sesiones.

Dentro de las técnicas terapéuticas emplean, al igual que los terapeutas estratégicos, la comunicación paradójica a la que ellos llaman "contraparadoja" y la consideran esencial en la metodología del cambio. Ellos escriben en "Paradox and Counterparadox":

Por lo que concierne a paradojas, podemos decir que nuestra investigación ha mostrado cómo la familia en la transición esquizofrénica sostiene sujuego a través de una maraña de paradojas que sólo pueden ser anuladas por contraparadojas en el marco de la terapia. (104)

El enfoque sistémico no considera que el problema sea un miembro de la familia o que se deba al mal funcionamiento de ella; no ve al miembro esquizofrénico como víctima de su familia y tampoco culpa a ésta por ser causante de enfermedad. En contraste, afirma que todos los comportamientos que se dan dentro del sistema familiar tienen como objetivo mantener la co-

(103) Ibid., p. 261

(104) Ibid., p. 268

hesión del grupo. Lo que hay que atacar en la terapia es ese "juego familiar".

El primer paso será "establecer qué juego está jugando - la familia con el terapeuta, aprobar el juego y fomentarlo" - (105) a través de situaciones contraparádicas.

6.3. La Terapia Familiar en el Centro de Salud Mental Comunitario San Rafael, un ejemplo.

La Terapia Familiar es un modelo terapéutico eficaz para diversos tipos de patología: psicosis, depresión, drogadicción, alcoholismo, delincuencia, histeria, neurosis, encopresis problema materiales y escolares, anorexia, problemas psicossomáticos, etc. según la experiencia de clínicos como Minuchin, Selvini Palazzoli, Watzlawick, Haley, entre otros.

En México, según un estudio realizado por Sáenz (106) en 1984 en el Centro de Salud Mental Comunitario San Rafael (CSMCSR), se puso en práctica la Terapia Familiar con muy buenos resultados. Sáenz analizó la aplicación de esta terapéutica en cuatro tipos distintos de problemas: histeria disociativa, psicosis, crisis matrimonial y drogadicción. Los resultados de su investigación le permitieron afirmar que "el uso de un sólo tipo de tratamiento (terapia familiar), puede dar solución a una amplia variedad de problemas que se presentan en un CSMC (107). Los resultados fueron positivos a pesar de - - -

(105) Ibid., p. 268

(106) Sáenz Romero, G.L., Op. Cit., 1984.

(107) Ibid., p. 137.

las limitaciones que existían en el centro en ese momento, -- que eran: carecer de Cámara de Gesell y equipo de video; la - escasa supervisión profesional; tener un horario de atención reducido (dos tardes por semana, atendándose en cada una un máximo de dos familias); pocos equipos terapéuticos (sólo dos) la falta de capacidad al personal clínico.

De cualquier manera, la Terapia Familiar demuestra ser - un método muy efectivo en comparación con el modelo psiquiá-- trico tradicional. Las ventajas de tratar familias completas en vez de individuos son:

- Al tratar sistemas familiares, no solo se logra la me-
joría duradera del paciente identificado, sino también
se modifican los patrones disfuncionales de su familia
- Se alcanza un aspecto de población con problemas muchas
veces severos que jamás acudirían por sí mismos a con-
sulta.
- Se realiza una labor de prevención primaria importante
ya que la terapia familiar es ideal para el tratamien-
to de crisis evitando su cronificación y la aparición
violenta de nuevos problemas latentes.
- Al utilizar los recursos y el apoyo familiar, el trata-
miento en crisis resulta mucho menos riesgoso.
- El reducido número de sesiones necesarias para alcan-
zar una mejoría, así como el ahorro de recursos insti-
tucionales, permiten ampliar la posibilidad de atenció-
n terapéutica a una población mayor y de escasos re-
cursos económicos.
- La terapia familiar tampoco tiene limitaciones en cu-
anto al tipo de población adecuada para la terapia; son
tratados con igual eficacia pacientes de todas las cla-
ses sociales, rurales y urbanos, y con todos los nive-
les de educación.
- Se evita la internación innecesaria del paciente iden-
tificado y se reduce el tiempo en que puede reintegrar
se a sus actividades normales. (108)

CONCLUSIONES DE LA TERCERA PARTE.

El objetivo de esta última parte de la tesis fue presentar a manera de alternativas al modelo psiquiátrico tradicional los dos modelos terapéuticos diferentes.

Tanto el Hospital de Día como la Terapia Familiar han de mostrado sus ventajas en comparación con el internamiento psiquiátrico. Sin embargo, ninguno de los dos ha tenido una adecuada difusión dentro de las instituciones de salud mental, - sólo han surgido como estudios piloto y algunos se han mantenido minusvaludamente como servicios de apoyo al modelo médico psiquiátrico.

A pesar de que las investigaciones revisadas en esta tesis sobre ambos modelos terapéuticos no incluyen datos de los últimos cinco años, por lo que no son tan recientes, es fácil darse cuenta del poco interés que se tiene en la actualidad - por fomentar otros tipos de tratamientos psicológicos efectivos en la rehabilitación de los enfermos mentales. Y es fá--cil darse cuenta de ello porque hay un completo (o casi compelto)desconocimiento de estas técnicas no sólo pra el público en general sino para los profesionistas de la salud mental.

Presentar modelos psiquiátricos alternativos al tradicioo

nal y de mayor efectividad, permite darnos cuenta de que el -
confinamiento persiste sobre todas las otras técnicas precisa-
mente porque reproduce la ideología del Estado: a un sujeto -
enfermo e improductivo se le aísla para que no se constituya
en un foco de desorden público.

CONCLUSIONES GENERALES

El planteamiento inicial de este trabajo fue ubicar al modelo psiquiátrico tradicional dentro de las instituciones que reproducen los intereses hegemónicos del Estado y que, -- junto con el sistema legal, tienden a negar los derechos individuales de un tipo de desviación social que la ideología positivista ha dado en llamar "enfermedad mental". Confinamiento vs. Rehabilitación ha sido el título de esta tesis y a lo largo de ella se ha tratado de desmotrar cómo todas las acciones de la psiquiatría institucional llevan a considerar al "loco" como un ser inadaptado que debe ser recluido en un manicomio para no perturbar el orden social.

El confinamiento de la locura existió desde antes del -- nacimiento de la Psiquiatría. A ésta fue preciso crearla para justificar con términos médico-científicos la segregación que heredara el loco del leproso (al igual que toda la carga simbólica y estigmatizante que lleva sobre sus espaldas).

El confinamiento, el tipo de tratamiento y el proceso -- de internamiento constituyen la manera como concibe el modelo médico psiquiátrico la locura: como "enfermedad" mental.

El concepto de salud-enfermedad de la medicina positivis

ta se centra en el buen funcionamiento de los individuos dentro del sistema social. Si es un sujeto que produce y no causa problemas al sistema, es un individuo sano; si es un ser improductivo y provoca desequilibrio y desorden social, es un individuo enfermo.

Por otra parte, el sistema legal también contribuye a la estigmatización del loco. En México las leyes establecen que el demente (insano mental, enajenado, etc.) no tiene capacidad para llevar al cabo por sí mismo situaciones jurídicas y en algunos casos se les niega sus derechos individuales por no poder ser ejercidos por representantes legales (por ejemplo al contraer matrimonio o llevar al cabo adopción). Al mismo tiempo que se dice que todos los individuos gozan y ejercen sus derechos ante la ley, se les anula a ciertas personas su capacidad de ejercerlas. De qué sirve saber que se tienen libertades y derechos sociales si la sociedad misma impide la posibilidad de gozarlos.

Las leyes mexicanas, al igual que el modelo médico psiquiátrico, siguen el mismo concepto positivista de salud-persona productiva, enfermedad-persona improductiva, enfermedad-persona improductiva. Para ellas el Hombre vale en tanto pueda funcionar bien en el sistema social; la enfermedad solo provoca desajuste y un hombre que no beneficia a la sociedad no

beneficiara no debe recibir el mismo trato que ella da a los demás. Esto explica por qué no existe una legislación específica para los enfermos mentales, en vez de ésto las leyes agrupan a todos los "anormales" y en un mismo punto dan igual --trato a locos, ciegos, sordomudos, retrasados mentales y paráliticos.

El loco delincuente tiene, además, otra etiqueta estigmatizante: su peligrosidad. Si un loco es de por sí una amenaza social, un loco que ha delinquido es sumamente "peligroso" y debe ser recluido como medida de seguridad. El problema reside en que muchas veces, en nombre de la medicina psiquiátrica, se cometen violaciones a las leyes y se confina como loco a sujetos que no lo son, o bien, se pasan por alto los juicios previos al interanamiento en manicomios.

De todo este problema de violaciones a los derechos humanos, surge un hecho social contradictorio. El sistema social contribuye a la formación de la locura (hay que tomar en cuenta que la locura es una manera de responder al mundo que nos rodea tratando de organizarlo para poderlo comprender); --utiliza al loco como chivo expiatorio y ejemplo en negativo --de lo que nos puede pasar si nos desviamos de la norma; le aísla y confina para readaptarlo el medio: al sistema social --castiga y reprime lo que él mismo crea.

Tanto el sistema social y el legal, como el tratamiento médico y las normas internas del psiquiátrico acaban con la personalidad e identidad del que entra a internamiento. Todo ésto está diseñado para segregar al loco, para mantenerlo alejado de la población sana. Cabe preguntarse entonces, ¿en qué momento puede hablarse de rehabilitación en salud mental?, -- ¿qué se entiende por rehabilitación?

Para el Estado "rehabilitar" significa hacer que un individuo que se ha salido de la norma social se adapte a ella -- convirtiéndose en un ser productivo que no cause problemas a la sociedad. El sistema legal y el médico-psiquiátrico están orientados hacia esta tarea pero no han tenido éxito debido a los métodos represivos que utilizan para conseguirlo (confinar, sedar y quitar síntomas al loco no significa que éste haya aceptado las normas sociales y esté dispuesto a adaptarse) Aunado a ésto está el poco interés que el Estado tiene en regatar mano de obra en una sociedad donde sobra. La concepción ideológica, el tipo de tratamiento y la falta de recursos económicos, hacen que el interno en vez de recuperarse se hunda más en su estado mental y permanezca de por vida en él.

Existe, sin embargo, otra forma de concebir la "rehabilitación", la planteada por las Corrientes Alternas en Psiquiatría. Rehabilitar significa ayudar a utilizar al máximo las

capacidades físicas y mentales del individuo para que pueda transformar su mundo, para que pueda razonar, juzgar y entender a la sociedad, para que pueda desenvolverse por sí mismo como un ser total. Es difícil, en una sociedad donde todo está hecho para beneficiar a los grupos que tienen el poder, alcanzar buenos resultados en una posición contraria. Afortunadamente, cada vez hay más profesionistas interesados en lograr una verdadera rehabilitación de los enfermos mentales, intento de esto son las terapéuticas grupales.

En esta tesis se plantearon de manera muy general dos modelos terapéuticos que pudieran ser alterativos al modelo psiquiátrico tradicional. El objeto de este trabajo no fue estudiar a fondo estos modelos terapéuticos, pero siempre queda la inquietud de saber qué ha pasado con aquéllos tratamientos surgidos en instituciones de salud mental como el Hospital de Día en el "Fray Bernardino Alvarez" y la Terapia Familiar en el "San Rafael", ¿continúan atendiendo con eficacia problemas psicológicos?, ¿Han mejorado las condiciones institucionales?, ¿se han ampliado a otras instituciones?.

Sería conveniente tomar en cuenta que hay otros tipos de tratamientos que son más eficaces que el tradicional y que el problema de "salud" mental no puede solucionarse con reformas al sistema psiquiátrico o legal. Es necesario renovar la concepción de "enfermedad" de la locura y atacar el problema

dentro de su contexto social, histórico y político. Sólo de esta forma se logrará ver al loco no como estigmatizado sino como un ser diferente (con ese derecho que todos tenemos a la individualidad) y total, con problemas e inquietudes como cualquier otro.

BIBLIOGRAFIA

- Basaglia, F., La institución psiquiátrica de la violencia, en Basaglia, F., Razón, locura y sociedad, México: Siglo XXI - (7a. ed.), 1985.
- _____, Los crímenes de la paz, en Basaglia, F., (comp.) Los crímenes de la paz, México: Siglo XXI, 1987.
- Castel, R., El psicoanálisis, el orden psicoanalítico y el poder, México: Siglo XXI, 1980.
- _____, La contradicción psiquiátrica, en Basaglia, F., 1987.
- Castellanos, V., Rehabilitación de los enfermos mentales crónicos en el Hospital Granja "Bernardino Alvarez", Salud Pública en México, época V, vol. III, No. 6, nov-dic, 1961, pp. - 917-922.
- Código Civil para el Distrito Federal, México: Porrúa (45a. ed.), 1988.
- Código Penal para el Distrito Federal, México: Porrúa (44a. ed.), 1988.
- Del Río Lugo, N.A. y Verduzco Alvarez-Icaza, M.A., Hospital de - Día: Un nuevo concepto de atención psiquiátrica, Salud Mental, vol. 5, año 5, No. 3, otoño, 1982, pp. 16-17.
- Eaton Jr., M. and Peterson, M., Psychiatry, New York: Medical Examination Publishing Company, 1967.
- Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, Ch., Tratado de psiquiatría, Barcelona: Masson (8a. ed.), 1986.
- Foucault, M., La historia de la locura en la época clásica, México Fondo de Cultura Económica, 1979, vol. I
- Freedman, A.; Kaplan, H. y Sadock, B., Compendio de psiquiatría, - Barcelona: Salvat, 1980.
- Goffman, E., Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Buenos Aires: Amorrortu, 1961.

- _____, Estigma: La identidad deteriorada, Buenos Aires: Amorrortu, 1963.
- _____, La locura del puesto, en Basaglia, F., 1987.
- Guimaraes Borges, G.L., Rehabilitación en Hospitales Psiquiátricos, Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1981.
- Herrerías de Navarro, M., Situación jurídica del enfermo mental ante la legislación penal mexicana, Revista Anales de Jurisprudencia, año 43, tomo 161, oct-dic, 1976, pp. 279 -- 289.
- Hoffman, L., Fundamentos de la terapia familiar, México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Instituto psiquiátrico forense, Criminalia, año XXXVII, No. 3, -- marzo, 1971, pp. 179-188.
- Jervis, G., Manual crítico de psiquiatría, Barcelona: Anagrama, -- 1977.
- Laing, R., El Yo dividido, México: Fondo de Cultura Económica, -- 1964.
- Legislación sobre enfermos mentales, Criminalia, año XXXVII, No. 3, marzo, 1971, pp. 169-178.
- López Vergara, J., Necesidad de establecer una nueva legislación psiquiátrica respetuosa de los derechos humanos, Revista Mexicana de Justicia, vol. 5, No. 4, oct-dic, 1987, pp. -- 235-249.
- Mannoni, M., El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis, México: -- Siglo XXI (2a. ed.), 1977.
- Marcos, S., ¿Qué es la RED (RESEAU) Alternativas a la Psiquiatría?, en Marcos, S., (coord.), Antipsiquiatría y Política, México: Fco. Méndez Oteo (13a. ed.), 1983.
- Nández, E., Cura y control, la apropiación de lo social por la -- práctica psiquiátrica, México: Nueva Imagen, 1979.
- Millán, A., Legislación sobre asistencia médica obligatoria para enfermos mentales, Criminalia, año XXII, No. 5, mayo, 1956 pp. 262-272.

- Moto Salazar, E., Elementos de Derecho, México: Porrúa, 1962.
- Postel, J. y Quétel, C. (comps.), Historia de la psiquiatría, --- México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Quiroz Cuaron, A., Legislación psiquiátrica en México, Derecho Penal Contemporáneo, No. 22, sep-oct, 1967, pp. 73-75.
- Rabasa, E. y Caballero, G., Mexicano ésta es tu Constitución, México: Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, - 1984.
- Rodríguez, G., Manual de medicina legal, México: Ediciones Botas (2a. ed.), 1956.
- Ryan, P., Alternativas para el hospitalismo, Revista de Salud Mental, vol. 5, No. 3, otoño, 1982, pp. 8-15.
- Sáenz Romero, G.I., La terapia familiar como alternativa terapéutica en un centro de salud mental comunitario, Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México: 1983.
- Siordia, G., El enfermo mental ante la legislación penal mexicana, Salud Pública en México, época v, vol. IX, No. 4, jul-ago, 1967, pp. 531-535.
- Soto Jaimés, G., Aspectos fundamentales sobre el Hospital de Día en hospitales psiquiátricos, Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1983.
- Szasz, Th., El mito de la enfermedad mental, Buenos Aires: Amorrortu, 1961.
- _____, Ideología y enfermedad mental, Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- _____, Esquizofrenia: El símbolo sagrado de la psiquiatría, --- México: Premia editora, 1979.
- _____, El mito de la enfermedad mental, en Basaglia, F., 1985.
- _____, ¿A quién sirve la psiquiatría?, en Basaglia, F., 1987.