

01058



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA
Y LETRAS**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS
POSGRADO**

**LA EXPERIENCIA DE LA LOCURA. UNA APROXIMACIÓN
ÉTICA Y BIOÉTICA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRO EN FILOSOFÍA

P R E S E N T A :

OLINCA SUAREZ MEJIA

DIRECTOR DE LA TESIS: DR. ERNESTO PRIANI SAISÓ.
MÉXICO D.F. 2005.

ESTADOS UNIDOS

m 346416



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO UNO:	
UNA RAZÓN HUMANA PARA SEGUIR HABLANDO DE LOCURA.....	6
CAPITULO DOS:	
LA CONDICIÓN ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LOS LOCOS EN MÉXICO.....	37
CAPITULO TRES:	
HACIA LA RECUPERACIÓN DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA LOCA.....	83
CONCLUSIONES.....	136
BIBLIOGRAFÍA.....	141
ANEXO 1. DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS INTERNOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO PSIQUIATRICO.	
ANEXO 2. LISTA DE MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS.	
ANEXO 3. CASOS DE OTROS PACIENTES PSIQUIATRICOS.	
ANEXO 4. DOCUMENTOS FEDERALES DE SALUD MENTAL.	

INTRODUCCIÓN.

Cuando un ser humano se ve afectado por la locura, entra en un mundo difícil de comprender y de enfrentar, puede él, llegar a un estado tal de incapacidad que deje de ser consciente de sus actos o, peor aún, que superado el estado de crisis de la locura, ya no sea considerado por las demás personas como un individuo normal y común.

Ante esta intrincada situación, no queda más que dejarse conducir (otorgando su consentimiento o de manera forzada) hacia los cuidados necesarios para tratar o al menos controlar el estado alterado o los comportamientos extraños que lo tienen tan contrahecho, tan apagado o agresivo, tan perdido y sin saber exactamente el motivo.

El resto de las personas ven que se comporta raro o loco, es decir, fuera de las conductas y los pensamientos coherentes que pudiera dar razón de su conducta como persona.

Al final, al loco se le llevará a un lugar especial, que se distingue por ofrecer un trato y una comprensión, que no garantizan la cura, pero, al menos, se espera que ayude a que recupere la tranquilidad si no al loco, sí a la sociedad que había perdido la tranquilidad por él.

Sin embargo, es a partir del momento en que la persona ingresa como interno del hospital psiquiátrico cuando comienza la verdadera trama humana de la locura: ya no existe alivio, ni comprensión humana, ni compromiso moral de la sociedad que se limita a depositar a estos seres en la institución psiquiátrica, que en realidad ofrece un servicio de vigilancia y retención sin límite de tiempo. Tales acciones contribuyen para que el loco pierda todo derecho de ser tratado como persona con respeto y dignidad, se restringe su libertad en grado máximo, y en cierta forma se le aniquila a causa del silencio y aislamiento en que vive.

Es curioso, pero parece que nadie tiende a considerar estos hechos hasta que se tiene a un familiar loco o uno mismo se vuelva el loco, y alguien más ya se haya dado cuenta y te lo muestre. El problema es que ni la explicación es suficiente para comprender estos acontecimientos, ni la solución institucional para ayudar al loco, se presenta como una condición humana a partir del respeto, la dignidad y una pronta reintegración social y familiar.

Quien vive con un loco va descubriendo que quienes podrían plantear alternativas de trato y comprensión para mejorar la vida de los locos no son capaces de hacerlo profesional, social y moralmente, cuando mucho, si les son participes de los temores populares de la familia o la sociedad de lo que se debe percibir y entender como locura.

Cuando un familiar mío muy allegado enloqueció, me planteé el problema de investigar más a fondo, para analizar y comprender las instancias de índole histórico-cultural, institucional, política y

científica, y las formas que establecen los modos de percepción, trato y compromiso social y moral para con los locos, sobre todo de aquellos que permanecen internados en los hospitales psiquiátricos públicos en México.

Por tal motivo, a continuación lo que va a encontrar el lector a través de esta investigación será el recorrido que cualquier loco vive al ser descubierto como tal y obligado, en la mayoría de las veces, a internarse en una institución psiquiátrica.

En la primera parte, veremos como el loco es señalado y separado de la sociedad, sin embargo, la manera social de *percibir* la locura ha variado con el tiempo y el lugar, hasta constituirse en norma moral que obliga a los individuos a rechazar y expulsar a los locos, lejos de todo contacto con la gente normal y común.

Lo anterior, permite constatar de que sigue persistiendo en el presente una actitud de negación ante la presencia de los locos. Esta situación determina la forma *institucional* para mantener y controlar a los locos en espacios especiales de exclusión social, debido a esto, la segunda parte de este trabajo, muestra las condiciones políticas que generan la administración pública de la institución psiquiátrica, para conservar en su interior a la población loca aun existente.

La tercera parte, advertirá cómo los locos al pasar un tiempo indefinido como internos de un hospital psiquiátrico público, van a ser *asumidos* de forma especial por el cuerpo médico psiquiátrico responsable de manejar los casos, con el propósito de determinar un diagnóstico y la aplicación de un tratamiento medicamentoso. Los resultados que presentaremos darán cuenta del éxito médico que se trata de garantizar, reflejándose en la recuperación del loco como paciente y persona.

Sin embargo, dicha experiencia que vive el loco no permite condiciones mejores de vida sustentada en el respeto, dignidad y libertad, ya que la sociedad y la institución psiquiátrica pública se encuentran de un modo varadas en una serie de creencias y prejuicios, que sólo el propio hombre con real consciencia social y moral, reconoce que tales actitudes ya no pueden ser sostenidas más.

Es así que me encontré con que desde inicios del siglo XIX México cuenta con ciertos lugares para recibir y atender a la población loca como son hospicios, hospitales, casas de expósitos y centros de beneficencia. Pero será hasta 1905, cuando el Estado mexicano destinará un presupuesto federal asumiendo la administración y control de los hospitales públicos y de beneficencia, con lo cual queda bajo su cargo la atención médico-hospitalaria pública ante las necesidades de dicha población.

Debido a estas acciones, actualmente en el país se cuenta con 30 hospitales psiquiátricos públicos, algunos son modernos en su orientación y otros conservan características de asilos, permitiendo una cobertura de atención de los locos y sus familias. Así, cualquier persona puede acudir a estos

lugares públicos para recibir orientación o internar a algún familiar loco, sin preocuparse por gastos de internamiento y hospitalización, ya que la administración del hospital psiquiátrico realiza un estudio socioeconómico para establecer cuotas muy bajas de pago. Sin embargo, ¿qué encuentra cualquier persona necesitada de apoyo para determinar lo que debe y puede hacer ante el problema de la locura cuando acude a este tipo de institución?

La actitud de los que representan al hospital psiquiátrico ante la sociedad o las familias de los locos es terminante, trata de convencer que lo mejor por hacer con este tipo de personas es internarlas, dejarlas en manos de la institución, por tiempo indefinido, ya que la locura no se cura y se convierte en una enfermedad degenerativa en el ser humano. La familia y la sociedad deben entregar a estos individuos por representar una carga social y económica, por que ellos ya no pueden hacer más.

De este modo la locura queda constreñida bajo otro tipo de percepción: el de la enfermedad mental que genera alteraciones en la conciencia, en la memoria, en el pensamiento, en los sentimientos, en las acciones y en la atención; además, se tratará de relacionar, seguramente, con la historia familiar, herencia, algún traumatismo ocasionado por un golpe, la ingestión de alguna droga o sustancia química dañina y con múltiples factores más que afectan el funcionamiento cerebral y nervioso del hombre. Es por eso que cualquier ser humano está en riesgo de padecer un tipo particular de enfermedad mental que, en casos graves, no puede ser capaz de realizar las cosas más sencillas en la vida: comer, bañarse, vestirse, ir al baño, caminar, o incluso, dejar de comunicarse con los demás personas y expresar miedo, necesidad o compañía.

Las personas al estar enteradas de tan lamentable situación sobre las limitaciones físicas y mentales de su familiar loco, deberían verse obligadas moralmente para investigar y aprender de los cuidados especiales que se requieren, para poder adaptarse a las nuevas condiciones de existencia de estas personas.

Los responsables para explicar y señalar las debidas atenciones para con los locos, serían los médicos psiquiatras encargados del caso y los residentes de psiquiatría que, por lo regular, se hacen cargo de aplicar el tratamiento medicamentoso y elaborar los reportes de la evolución al tratamiento. Pero, la realidad es otra, lo que el médico psiquiatra establece como comunicación con la familia es un tratamiento de 15 a 20 minutos donde explica de manera muy categórica lo que acontece con el interno, dejando en claro el nombre teórico de la enfermedad y un panorama muy devastador de la vida futura. Entonces, imaginemos el impacto de escuchar estas argumentaciones tan poco sensibles y sin ninguna consideración humana, como si el familiar internado ya no debiera tener una razón para continuar en el núcleo familiar, debido a sus limitaciones que con el tiempo se complicarán. ¿Dónde queda la labor por parte de la institución psiquiátrica, de los psiquiatras para

preparar a las familias de los internos y de los propios internos para su retorno al mundo social y al ámbito familiar?

A lo mucho que se puede esperar es enfrentarse con la burocracia del hospital psiquiátrico, que trata de dar una imagen muy moderna de su misión social, con instalaciones muy modernas, con médicos psiquiatras muy modernos, con una administración política y de servicio sanitario muy modernos, pero que, en el fondo, no superan ciertas prácticas e ideas que hacen pensar en los asilos de períodos anteriores.

Ejemplo de esto, se halla en el hecho de que en varios hospitales del país se presentan problemas de hacinamiento y malos tratos por parte del personal administrativo o médico. Las quejas de los internos no son escuchadas ya que ni siquiera son visitados por los familiares y, además, por ser locos, ya no tienen credibilidad ante los demás. Y aun cuando las autoridades reconocen estos atropellos se justifican en el hecho de que, en algunas ocasiones, es necesario por el comportamiento de los internos, o por no contar con suficientes “recursos humanos, materiales y económicos”. Por eso, si muere un paciente en el hospital psiquiátrico es visto como un suceso sin mayor importancia, ya que tal vez, se encontraba en un estado de enfermedad muy avanzado y el servicio hospitalario ya no podía hacer más por él.

Pero, existe un aspecto más sutil que sin embargo, es el más directo e inquebrantable en la vida del interno: la relación que establece con el psiquiatra. El médico psiquiatra es el que determina el diagnóstico de la enfermedad mental del interno, y a partir de ello, asignará el tipo de trato clínico y medicamentoso en cada caso, establecerá el tiempo que dure el tratamiento y decidirá, con base en su juicio profesional, si se autoriza el alta del paciente, o continúa en el hospital hasta una edad avanzada, o en muchos casos, hasta morir internado.

La relación entre el médico psiquiatra y el paciente inicia en el consultorio, donde lo que se privilegia no es un trato humano, sino un trato distante y poco considerado ante la persona del loco que va desapareciendo ante la aparición de la enfermedad mental, porque muy probablemente, sea portador de ella, no por nada se encuentra en ese lugar. Es mas, toda persona que entra en el consultorio del médico psiquiatra ya no puede dejar de ser visto como enfermo mental, sobre todo al estar hospitalizado el loco se reviste de actitudes, pensamientos, expresiones permitiendo al profesional percibir, teorizar e interpretar de manera objetiva. El médico psiquiatra utilizara los medios necesarios como son la técnica, la interpretación teórica y el poder político que le otorga la institución pública para señalar y retener bajo tutela a toda una población enferma mental. Ello no puede ser de otro modo, de lo contrario, se pondría en duda el cometido social de la institución psiquiátrica pública reflejado en su máximo representante, el médico psiquiatra.

No obstante, existen posibilidades para transformar este panorama, por ejemplo en Francia se ha superado el temor social de la presencia de los locos libres, que representan un peligro inminente, por el hecho de que al interior de las propias instituciones psiquiátricas públicas se reconoce que lo mejor para los locos no es estar internado de manera permanente, aislada, sin contacto con la sociedad y alejados de sus familiares; siendo que la vida pasiva que se les ha impuesto sólo provoca un estado crónico, un lento aniquilamiento de las personas locas. Los psiquiatras, trabajadores sociales, cuerpo de enfermería, psicólogos motivan y acompañan a los locos a salir fuera de los hospitales psiquiátricos, para que aprendan nuevamente a estar presentes ante otras personas, teniendo actividades de recreación, trabajo y convivencia social. Tales experiencias infunden una nueva consciencia social y familiar de las circunstancias del loco, de un compromiso moral para respetar la presencia de la persona con dignidad y en libertad, aun cuando se encuentre sujeto en determinadas circunstancias, como el hecho de estar bajo tratamiento psiquiátrico, o requerir medicamentos para cuidar la salud mental, se debe reconocer la presencia y las acciones por mínimas que éstas sean del loco, pero que tienen un valor fundamental que obligan a verlo y responder como persona.

Éste debe ser el ámbito cultural al cual se debe aspirar en México: motivar en el modo de percibir la locura como una circunstancia más en la vida del hombre, con la posibilidad de una existencia digna, respetuosa y que pueda recibir un compromiso social y moral como persona, aun cuando

- respondiera de manera mínima ante los demás.

CAPÍTULO UNO: UNA RAZÓN HUMANA PARA SEGUIR HABLANDO DE LOCURA.

El término *locura* es utilizado frecuentemente por todos; sin embargo, pocos tienen idea de lo que esa palabra significa. Infinidad de médicos y psiquiatras han tratado de definir sus características; de hecho, la misma psiquiatría se ha definido como *la ciencia que trata las enfermedades mentales* y a la locura como *una enfermedad mental que consiste en la privación del juicio o del uso de la razón*.

De esa manera, alguien privado del juicio o del uso de la razón es considerado por la psiquiatría como un loco, y los locos —todavía en nuestras sociedades contemporáneas— son calificados como individuos no aptos para convivir en sociedad. Los locos se convierten, entonces, en desadaptados sociales por lo que deben ser aislados y, si es posible, sometidos a tratamientos que si bien no les harán recuperar la razón, sí la calma, la tranquilidad o cualquier estado que disminuya sus ansias, agresividades o algún otro comportamiento *anormal*.

En México los lugares en donde se confina a los locos han sido denominados manicomios o, de forma moderna, hospitales psiquiátricos. Tal y como los conocemos en la actualidad, surgen a mediados del siglo XIX en occidente y se consolidan como instituciones médicas a mediados del siglo XX; es a partir de entonces cuando “se confía a los médicos la investigación y definición de las formas de la locura”¹.

En torno a la investigación y definición de las formas de la locura existe toda una práctica médica cada vez más especializada en clasificar y tratar de curar las enfermedades mentales: la psiquiatría. En tanto rama de la medicina, la psiquiatría se ha propuesto descubrir y estudiar los mecanismos que se desarrollan en las alteraciones mentales; sus orígenes y causas, sus efectos y consecuencias. Para ello, además de las investigaciones teóricas, se realizan experimentos con animales y se estudia, mediante técnicas de observación el comportamiento de los enfermos mentales.

Entonces, si alguien sufre algún trastorno mental o está *loco* puede, supuestamente, acudir al psiquiatra o internarse en un hospital psiquiátrico con la esperanza de curarse o, al menos, ser diagnosticado y tratado. La mayoría de los enfermos mentales son internados en los hospitales psiquiátricos por sus familiares; otros, son llevados por la policía y aislados —como

¹ Néstor Braunstein: Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan). México, Siglo XXI, 1990, p. 15.

en cárceles— del mundo, con la intención de sacarlos de circulación para que no resulten un mayor problema a la sociedad. Ahí se les imponen tratamientos médicos que van desde las terapias de grupo, el psicoanálisis, los medicamentos.

Así pues, el enfermo mental llega a un mundo en el que lo valorizan, observan y diagnóstican; a un mundo que si bien es muy distinto al de afuera, conserva las relaciones autoritarias y jerarquizadas propias de nuestro sistema económico, político y cultural. Pero, ... ¿Qué pasa en ese mundo? ¿Cuáles son los objetivos de un hospital psiquiátrico? ¿Está capacitada la psiquiatría para diagnosticar y aplicar tratamientos a los enfermos mentales?

¿Si el enfermo mental es considerado como un desadaptado social, la mayoría de las veces rechazado hasta por sus propios familiares, existe otra opción para él, además del psiquiátrico?

Todos los seres humanos, estamos expuestos a sufrir trastornos mentales; si a ello agregamos el vivir en una ciudad de más de 30 millones de habitantes, las posibilidades se multiplican. Contamos con estudios serios sobre los niveles alarmantes de neurosis y agresividad de los habitantes de las grandes ciudades, pues, además de las afecciones orgánicas propias de nuestras condiciones físicas particulares, estamos expuestos a sufrir diversos problemas ocasionados por el hacinamiento, la situación laboral, el acceso a los servicios públicos, etcétera. Pese a ello, el sólo hecho de hablar de la *locura* nos molesta.

Nos alarma la *locura*, aunque en México los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en nuestro país. Se estima que, por lo menos, una quinta parte de la población mexicana sufrirá en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentarán depresión; medio millón esquizofrenia; medio millón padecerá epilepsia, y la demencia la padecerán diez por ciento de los mayores de 65 años.² Le tenemos miedo a la *locura*, pretendemos ignorarla; sin embargo, en nuestro país existen gran cantidad de enfermos mentales que deambulan por las calles, están escondidos por sus familiares, o se encuentran internados en más de treinta hospitales psiquiátricos. Estos enfermos, como todo ser humano, tienen necesidades, aspiraciones, miedos... ¿Es posible ignorarlos?

² Ramón, de la Fuente: Acerca de la salud mental en México. México, .M.P./fce., 1997, p. 22.

i) Estela Jiménez. Un caso más entre miles.

A Estela Jiménez, mujer de 56 años de edad, nunca la conocí.³ Su estancia en el Fray fue muy breve; llegó el 7 de enero y salió el 20 del mismo mes. No se fugó. Tampoco fue dada de alta. Simplemente murió.

Sus hijas la llevaron al Fray por indicaciones de un médico, pues un año antes Doña Estela sufrió una caída con pérdida del conocimiento y desde entonces su comportamiento cambió: comenzó a ser agresiva, violenta e incongruente, a sufrir insomnios, alucinaciones y pérdida repentina de la memoria.

En el servicio de Urgencias del Fray, el médico que la revisó la encontró confusa, hiperactiva, agitada, agresiva, en actitud alucinada, presentando soliloquios⁴ y gesticulaciones.

Sin haberle realizado ninguna exploración física ni neurológica, el médico de guardia la diagnosticó con *brote psicótico agudo a descartar crisis convulsiva* y decidió internarla.

Se llenaron todos los trámites necesarios; se medio llenó la Hoja de historia clínica de consulta externa y urgencias y se hizo el Estudio médico social. Sus hijas firmaron la Carta de Autorización de Responsabilidad y Estela Jiménez fue llevada a la sección de mujeres de uno de los pisos del Fray.

Doña Estela fue internada el 7 de enero; ese mismo día comenzó a ingerir una gran lista de medicamentos, sedantes, soluciones y calmantes. A todos los pacientes del Fray los drogan, a todos tratan de calmarlos, pero con Estela Jiménez fue un exceso.

En el servicio de Urgencias le aplicaron 10 mgs. de Haloperidol⁵ y ese mismo día, sin ser “valorada” aún por los médicos del piso, le aplicaron dos ampollitas más de Haloperidol, ampollitas de 2 mgs. de Biperidén y dos tabletas de Levomepromazina de 25 mgs. Al día siguiente, sin ser revisada todavía se le suministraron 50 mgs. más de Levomepromazina, por haberse mostrado inquieta y agitada.

El 9 de enero, dos días después de su internamiento, fue revisada por los médicos del piso, éstos la encontraron muy exaltada, con agitación psicomotriz, insomnios, alucinaciones, agresividad y

³ Para la presentación de este caso fueron utilizadas las notas personales de Gloria Valek Valdés, con base en la información referida del expediente de la paciente femenina. La información fue recabada a partir del lunes 11 de febrero al jueves 7 de marzo del 2002, debido a que en el área de archivo el préstamo de expedientes de pacientes fallecidos, se encuentra en un acceso restringido, por lo que fue necesario acudir a este documento en varias ocasiones y de forma no consecutiva para disminuir la inquietud de los responsables de su resguardo. Este mismo problema fue anotado en su diario de campo el lunes 21 de febrero del 2002. La transcripción de las notas personales es responsabilidad de Olinca Suárez para los fines de este trabajo.

⁴ * Los soliloquios son aquellas expresiones orales que no están dirigidas a un interlocutor, sino a una persona ausente, o a uno mismo.

⁵ * Los efectos que provocan los medicamentos que le aplicaron a Estela Jiménez pueden verse en el Anexo 2.

renuncia a ingerir alimentos y medicinas. ¿El resultado? Sujetarla a la cama. ¿El diagnóstico? *probable demencia senil y confusión mental a descartar epilepsia.*

Los médicos solicitaron Electroencefalograma, rayos x de cráneo, Biometría hemática, Química sanguínea, Examen general de orina y la exploración física completa, que aún no se le hacía. Se le prescribieron: alimentación asistida, medición de signos vitales cada 8 horas, cuidados generales de enfermería y continuar con las dosis de Haloperidol, además de una tableta de Sinogan de 25 mgs. y de tres tabletas de Akinetón de 2 mgs.

Ese mismo día, Estela Jiménez siguió negándose a ingerir alimentos y medicinas y se le descubrió un cuadro de deshidratación por lo que fue trasladada a la Unidad de Cuidados Especiales de Psiquiatría (UCEP), en el primer piso del Fray.

El primer piso parece ser el más singular e importante del Fray. Ahí no hay pabellones, pero, no por eso, deja de haber enfermos. Por el contrario, los enfermos del primer piso son los más graves, los que no pueden ser controlados en los pisos de internamiento o se encuentran delicados de salud. En este piso se encuentran los quirófanos, la Farmacia, los rayos x, el Banco de Sangre, el laboratorio, y algunas oficinas de Enseñanza, Electroencefalograma, Otorrino, Dental, Neurología, Cardiología, Medicina Interna y oftalmología. Aunque también ahí hay pacientes de Consulta Externa, el hermetismo del personal del piso es más acentuado.

-- Aquí traen a los graves; sí, a los que tratan de suicidarse, se lastiman o hay que operar. Unos llegan de la calle, de Urgencias, y a otros los bajan de los pisos... pues porque se hacen daño o porque les cayeron mal los medicamentos-- [Miro. La enfermera señala la camilla, dirigida por dos enfermeros]—a ese ya lo han bajado varias veces y sigue igual de mal. No sé que tiene, pero está tieso, tieso de veras.

-- ¿Qué si se nos han muerto? Sí, a veces los bajan ya muy mal. Cuando en los pisos ya no saben qué hacer con ellos, nos los mandan... y si están muy mal... no hay quien los cure.

-- Mire... aquí se les puede operar y curar de cualquier cosa... tenemos de todo, hasta dentistas; lo malo, le digo, es que a veces los traen tan mal que ya no se puede hacer nada. Pero... ¿Qué usted no trabaja aquí?-- [Y señala las siglas de mi bata blanca].

Estela Jiménez fue uno más de todos los pacientes que mandan al primer piso del Fray. Ahí, en la UCEP, la sujetaron a la cama de la cintura y de los brazos y después de la valoración, que mostraba irregularidades serias, le determinaron: solución glucosada (al 5% 1000 cc.), solución fisiológica (1000 cc. para 8 horas), Haloperidol (tabletas de 5 mgs. ½ ½ ½), Clorpromazina (tabletas de 25 mags. 2-2-2), Metil Dopa (500 mgs. 1-1-1) y mantenerla sujeta de la cintura con dieta asistida.

Al día siguiente, la trasladaron a Medicina Interna, también en el primer piso del Fray, en donde le suspendieron las indicaciones anteriores. Ahí le determinaron los siguientes padecimientos:

desnutrición de tercer grado, desequilibrio hidroelectrolítico, hipertensión arterial sistólica por probable arterioesclerosis, probables secuelas de enfermedad vascular cerebral e infección en las vías respiratorias.

Las nuevas indicaciones del tratamiento fueron: aplicar solución glucosada (al 10% 1000 cc. en 24 horas) y 30 Meq. (de KCl 6 MI) al presentar diuresis, dieta licuada mediante una sonda nosogástrica, sonda Foley a permanencia, Semiflower, sujeciones suaves, rayos x y pruebas de laboratorio, además de gotas oftálmicas.

Los siguientes tres días, Estela Jiménez presentó una leve mejoría, aunque el 12 de enero los médicos la encontraron muy sedada, cuando había instrucciones de suspender medicamentos. A día siguiente, le suspendieron las soluciones y la sonda Foley y comenzó a sentarse y a comer dieta blanda.

Los siguientes dos días se le aplicó Diazepam de 10 y 8 mgs. y el 16 de enero fue egresada por mejoría de Medicina Interna a su piso. El desequilibrio hidroelectrolítico parecía superado, aunque persistían la *desnutrición* y la *hipertensión arterial sistólica probablemente con arterioesclerosis*.

En el pabellón se negó nuevamente a ingerir alimentos y medicinas y volvieron la agresividad y las alucinaciones. Le aplicaron Melleril y la trasladaron nuevamente a la UCEP. Fue diagnosticada, entonces, con *demencia senil, desequilibrio hidroelectrolítico*, nuevamente, y *catarata bilateral*. Se desconocen las indicaciones médicas de ese día porque desaparecieron misteriosamente del expediente.

El 19 de enero la paciente fue enviada de nuevo a Medicina Interna, en donde le prescribieron alimentación con sonda nosogástrica y cuidados generales de enfermería. Ese mismo día, los médicos de guardia la encontraron en *estado de coma*.

Lo adjudicaron al desequilibrio hidroelectrolítico, a una probable acidosis metabólica y al proceso infeccioso de una pierna. Se le suministró oxígeno y se ordenaron exámenes de laboratorio

Los datos de laboratorio determinaron que el estado de *shock* se debía a una reducción de volumen importante y a la descompensación diabética. Se le aplicó tratamiento a base de Ampicilina I.V. "ya que no se contaba con otros antibióticos en el servicio"; se continuó con soluciones cristaloides y se especificó que había un grave riesgo de descompensación diabética por no contar con Destrostix ni Insulina para valorar la cantidad de glucosa ni tratar la descompensación.

A las 6.05 horas del 20 de enero, Estela Jiménez *murió*.

¿Las causas? Un paro cardiorespiratorio debido a la complicación de varios padecimientos. ¿El último diagnóstico? *shock hipovolémico con probable instalación de insuficiencia renal aguda; cuadro septicémico* (infección pulmonar y de extremidad inferior izquierda); *diabetes Mellitus; arteriosclerosis generalizada; desnutrición grado III y psicosis confusional aguda.*

De este caso, debemos señalar tres puntos importantes:

Primero. Estela Jiménez, mujer de 56 años, no murió debido a su locura.

Segundo. Lo que en realidad contribuyó a la muerte de esta mujer, fueron el descuido y el abandono de la familia de Estela, durante un tiempo anterior y posterior al internamiento de ella en el Hospital psiquiátrico.

Ya que si observamos la información proporcionada, Estela al momento de ser internada ya presentaba un conjunto de problemas, que la mostraban como una enferma mental: su comportamiento confuso, hiperactivo, agitado y agresivo, presentando soliloquios y gesticulaciones, lo que hace decidir al médico en turno ingresar a esta mujer en el Hospital psiquiátrico.

Sin embargo, lo que llama la atención es que durante el tiempo en que estuvo internada la paciente, se le diagnosticaron los padecimientos: un estado de desnutrición de tercer grado máximo y deshidratación, además, padecía una diabetes descontrolada. Si la familia estaba al tanto del estado de salud de Estela, por qué no se hizo más responsable ante el problema metabólico de su familiar y, más por el hecho de saber que ella no estaba en condiciones de cuidarse por sí sola.

Esto hace pensar, que Estela resultaba ser una verdadero problema ante su familia. Primero, por su comportamiento agresivo y alucinado. Luego, por su falta de cooperación para alimentarse y cuidarse médicamente por sí misma. Por ejemplo, al ser diabética necesitaba inyectarse insulina, ¿quién debería en este caso comprometerse para cubrir estas necesidades?

Hay que reconocer que aun cuando esta familia (como muchas otras) tiene un límite de comprensión y tolerancia ante la situación de locura de su familiar. Sin embargo se tiene que hacer una labor de sensibilización para tratar de brindar un trato más humano y digno de la persona loca y, que dicho compromiso familiar no sólo este determinado por el hecho de llevar a su familiar a un hospital de atención psiquiátrica. Ya que, como veremos en un momento, estas instituciones se encuentran sujetas a ciertas condiciones económicas, materiales y profesionales para atender a la población que recibe.

Tercero. El hospital psiquiátrico que recibió a Estela, al ser de índole público, se hace presente en el manejo de los pacientes un cierto tipo de limitaciones. Los recursos se concentran en la atención de la patología mental y no en otro tipo de enfermedades, como en el caso de la diabetes de la señora Estela (el no contar con Destrostix ni insulina para valorar la cantidad de glucosa ni tratar la descompensación).

Un ejemplo de esta situación, se hace notar por medio de la información proporcionada, donde se menciona la serie de medicamentos que se le suministraron a la señora Estela, la mayoría de los cuales se distinguen para tratar su problema mental: Biperidén o Akinetón (es un anti-parkinsoniano que se asocia a la rigidez, temblor y espasmos musculares, y sirve para prevenir los efectos

secundarios de los neurolépticos que afectan al sistema nervioso central, Estela presentaba hiperactividad y gesticulaciones); Haloperidol (se utiliza como agente neuroléptico, es decir, su efecto va dirigido al sistema nervioso central, a Estela le calmaba sus alucinaciones, su estado confusional, su alteración de la conducta); Levomepromazina o Sinogan (neuroléptico fenotiacinico, antipsicótico sedante, controlaba en Estela su excitación psicomotora, agitación, demasiado movimiento, ya que este medicamento es utilizado en pacientes con psicosis crónica alucinatoria); clorpromazina o Largatil (neuroléptico, también actúa en el sistema nervioso, en pacientes con psicosis aguda, excitación y agresividad, delirios crónicos en pacientes seniles, como en el caso de Estela); Metil Dopa (anti-hipertensivo, para controlar la presión arterial alta); Diazepam o Benzodiazepina (sedante, ofrece un alivio sintomático de la ansiedad, nerviosismo, espasmos musculares) y, Melleril (ansiolítico neuroléptico, en casos de agitación senil y estado de confusión, ansiedad y tratamiento para el insomnio); la ampicilina I.V. (que se le aplicó, es un antibiótico de mediano espectro, para el problema infeccioso de Estela resultaba poco efectivo). Esto puso en riesgo la vida de la paciente.

Tal vez, si el hospital hubiera pedido a la familia [si ellos hubieran estado presentes] conseguir los medicamentos adecuados que necesitaba la paciente, ella no hubiera muerto. El estado de descompensación diabética de Estela no se produjo a raíz de la hospitalización. Ya que la diabetes produce lesión vascular cerebral, y otra serie de complicaciones (deshidratación, desnutrición, infección en la pierna izquierda, problemas renales, desequilibrio, etcétera). Una paciente en tales condiciones de gravedad, tuvo que estar en un descuido absoluto por lo menos, cerca de un año (consideremos también, que un año antes de ser internada en el Fray, la paciente había sufrido una caída, provocándole después secuelas de comportamiento).

Las razones para justificar esta falta de compromiso, cuidado y atención puede deberse principalmente a que la familia no contaba con la capacidad económica suficiente y, por eso, optaron internar a Estela en el Fray, un hospital de índole público que no representaba un gasto excesivo para ellos (esta elección hospitalaria fue sugerida por el médico tratante de Estela a la familia).

Además, el hecho de que la familia permitiera que Estela degenerara a tal grado, hace ver el poco interés moral que se tenía hacia la dignidad y salud de esta mujer. Eso requeriría inversión de tiempo, dinero y atención. Alguien que la cuidara en su alimentación especial, aseo y medicamentos que necesitaba al estar enferma de diabetes; tiempo y dinero para llevarla a un médico especialista en personas de tercera edad y, sobre todo, de la comprensión de la familia de que ella no podía ser una persona autosuficiente para cuidarse por sí sola, estando por tanto, en una situación de mayor riesgo hacia su integridad personal. Una gran responsabilidad que la familia no pudo llevar a efecto.

El caso de Estela es uno más entre miles. La situación de exclusión social y abandono familiar hacia los locos no son solo propios de nuestro tiempo. Sin embargo, estas prácticas han ido variando de acuerdo con las circunstancias culturales de la época.

Antes del siglo XVII, los hombres, en general, veían la locura como resultado de un apoderamiento de fuerzas divinas o demoníacas, los locos eran señal de que las fuerzas sobrenaturales dominaban la tierra. Estela hubiera sido, entonces, una manifestación de esas marcas.

Pero, para los siglos XIV al XVII, la locura se torna en una amenaza. En este período la Iglesia católica era la base del orden y control social en occidente. Las normas sociales y morales que regían a los individuos tenían su base en las sagradas escrituras. Entonces, cualquier falta o desorden cometidos por los hombres, eran concebidos como pecados que ponían en peligro el alma humana, provocando el alejamiento de Dios y el apoderamiento del demonio. Los locos como Estela fueron considerados entonces como seres poseídos por el demonio y representando un peligro de tentación para el resto de los hombres.

Una de las prácticas más comunes para expulsar a los locos de los pueblos en este período fue el destierro rumbo al mar, se enviaba a los locos en barcos sin rumbo fijo y se les dejaba a su suerte. Estas embarcaciones serán recordadas como *las naves de los locos* [*Nafs des fous*]⁶. Estela hubiera viajado errante a tierras extrañas, si tenía suerte o, morir en el mar, que era la verdadera intención de estos viajes.

- Empero, será hasta el siglo XVII cuando surja el más profundo motivo para expulsar definitivamente a los locos de la comunidad de los hombres. A partir de esta época se empieza a manifestar en occidente una nueva forma de contemplar al hombre dotado de razón, capaz de orientar sus ideas y sus acciones en función de esto. Es por eso, que bajo este ideal de hombre, éste jamás podría llegar a pensar que está loco, de lo contrario, sería aceptar que los hombres están viviendo bajo una existencia dominada por el error, señal que se interpretaba como la presencia de un ser maligno al acecho de las almas humanas. Por tanto, los locos y todos aquellos seres que se asemejen a ellos se les excluirá del mundo social, por representar un peligro constante de propagación de las fuerzas del mal.

⁶ Cfr. Michel, Foucault: Historia de la locura en la época clásica. México, FCE, Tomo I, 1999, p. 24.

ii) El descubrimiento de la razón humana: el primer paso simbólico para excluir a la locura.

Michel Foucault en *La historia de la locura en la época clásica* señala dos factores importantes para explicar la exclusión de la locura. El primer factor es cultural. A partir del siglo XVII la meditación filosófica toma un nuevo giro. Antes de lanzarse a la búsqueda del ser y la verdad como había sucedido en la filosofía medieval, en este periodo el pensar filosófico se afana por descubrir el camino que pueda conducir allí: ¿qué ruta tiene que recorrer el conocimiento para alcanzar la verdad?

Con ello se formula la idea de que una investigación sobre la razón humana debe preceder al conocimiento del mundo. Es así como Descartes, máximo representante del racionalismo moderno, busca los principios racionales que han de normar todo conocimiento, los principios racionales de los que han de derivarse las nociones sobre el mundo y sobre Dios, convirtiéndose en un racionalismo metódico.

Descartes no procede, en efecto, como en la Edad Media; no pregunta por las hondas cualidades de las cosas, sin antes haberse preguntado si la razón humana puede lograr tal saber. Si el hombre quiere investigar la verdad, debe examinar en primer término, su propio intelecto, su razón. Bajo esta labor, aparece un nuevo aspecto de la idea de autoconciencia a título de recurso filosófico.

- La duda metódica es el instrumento que ha de emplearse en la búsqueda de estos principios. Advierte Descartes cómo innumerables hechos que se tienen por verdaderos, pronto se presentan como falsos. No hay otro medio, señala, para librarse de los diversos prejuicios y llegar a un conocimiento firme y seguro, que dudar de todo cuando se ofrezca con la menor sospecha de incertidumbre.

Descartes duda para llegar a la certidumbre, su duda es una vía para descubrir la verdad: es duda metódica. Su principio *cogito, ergo sum* (*Je pense, donc je suis*), es para él solamente el punto de partida. Señala Descartes: “Nada admito ahora que no sea necesariamente verdadero; así pues, hablando con precisión, soy sólo una cosa pensante, esto es, una mente, o alma, o entendimiento, o razón, palabras cuyo significado ignoraba yo antes. Soy, pues, una cosa verdadera, y verdaderamente existente; pero ¿qué clase de cosa? Dicho está: una cosa pensante.” (René Descartes: Meditaciones metafísicas y otros textos. Madrid, Gredos, reimpresión, 1997, p. 24).

Sobre el principio incommovible del *cogito ergo sum* trata Descartes de construir todo su sistema. Piedra angular de esta construcción es la idea de Dios. Existe un ser del que, aunque exterior a nosotros, precisa afirmar su existencia con la seguridad de las ideas, claras y distintas: Dios.

De nada, argumenta Descartes, no puede provenir nada. De aquí deduce: la causa no puede contener menos realidad o perfección que el efecto. “Con el nombre de Dios entiendo una substancia infinita, independiente, sumamente inteligente, sumamente poderosa, que me ha creado a mí y a cualquier cosa que exista. [...] Y por ello hay que concluir, a partir de las cosas antedichas, que Dios existe necesariamente.

Pues aunque yo tenga la idea de substancia por ser yo una substancia, no tendría la de substancia infinita, siendo yo finito, a no ser que ésta proceda de una substancia verdaderamente infinita.” (*Ibid*, p. 41).

Dios mismo ha sembrado en el hombre la idea de lo infinito. El mundo existe, además, porque Dios existe, ya que siendo Dios perfecto, no nos puede engañar infundiéndonos ideas erróneas. De esta suerte, admite Descartes tres realidades: el yo, sustancia pensante, cuyo atributo es la conciencia (*res cogitans*); Dios, ser infinito y perfecto (*res infinita*); y el mundo, los cuerpos que ocupan lugar en el espacio, cuyo atributo es la extensión (*res extensa*).

Es así, que en su obra *Meditaciones Metafísicas*, Descartes instala al hombre en el trabajo de reflexionar sobre lo que piensa, instándolo a dudar sobre sus propias creencias hasta alcanzar un nivel donde ya no puede dudar más. Es decir, donde la razón es su punto de apoyo para conocer y conocerse así mismo. En esta reflexión cartesiana, es donde Foucault fija el momento histórico donde se produce la tendencia de la exclusión de la locura de la mente humana, algo que, anteriormente, no se había dado. Con Descartes, será a través de la duda que garantizará un conocimiento cierto y evidente de la verdad. La locura por tanto, será considerada como un estado permanente de equivocación, quien piense que está loco es resultado de que su mente lo engaña. Descartes no le interesa ahondar en mayor comentario al respecto. Para él, un hombre por su naturaleza debe ser racional, entendiéndose que, en ocasiones, podrá ser engañado por sus sentidos o por el sueño, con la posibilidad de superar tales procesos mentales. O ser un loco que piensa cosas que no son, sin lograr jamás distinguir su realidad.

Derrida en *Cogito e historia de la locura* explica que el silencio impuesto a la locura y descubierto por Foucault en Descartes, es tan sólo el primer intento por tratar de reconstruir la historia de la *Razón*⁷ que yacía oculta en la locura desde la antigüedad. Al verse la locura expuesta en contra

⁷ “El encaminamiento de la duda cartesiana parece testimoniar que en el siglo XVII el peligro se halla conjurado y que la locura está fuera del dominio de pertenencia en que el sujeto conserva sus derechos en relación con la verdad: ese dominio que, para el pensamiento clásico, es la razón misma. En adelante, la locura está exiliada. Si el hombre puede siempre estar loco, el pensamiento como ejercicio de la soberanía de un sujeto que se considera con el deber de percibir lo cierto, no puede ser insensato. Se ha trazado una línea divisoria, que pronto hará imposible la experiencia, tan familiarmente el Renacimiento, de una Razón irrazonable, de una razonable Sinrazón.

corriente de ésta, se le impondrá un valor negativo; quien siga la experiencia nueva de Descartes tendrá que considerar su lugar como ser humano, él cual ya no podrá ir en busca de la experiencia de la locura para encontrar un valor a su existencia. Por el contrario, ahora tendrá que tomar la riendas de su propio destino, por la vía de la razón. El problema es que Foucault quiere escribir una obra donde el *sujeto* de su historia sea la locura, y aun cuando históricamente el siglo XVII marca el fin de la *libertad*⁸ de la locura en la vida del hombre, teniendo una vida plena al interior del *núcleo familiar* y de la *comunidad*⁹. Ésta seguirá viva, pero relegada en el silencio, con el propósito de mantenerse disimulada, inadvertida para quien la quiera negar, como en el caso de Descartes, sin saber que este mismo juego la hará permanecer entre los hombres.

“Y a través del todo el libro circula este tema que liga a la locura al silencio, a las ‘palabras sin lenguaje’ o ‘sin sujeto hablante’, ‘murmullo obstinado de un lenguaje que hablaría por sí solo, sin sujeto hablante y sin interlocutor, aplastado sobre sí mismo, anudado a la garganta, hundiéndose antes de haber alcanzado formulación alguna y volviendo sin estrépito al silencio del que ningún momento había desistido. Raíz calcinada del sentido’. Así pues, hacer la historia de la locura misma es hacer la arqueología de un silencio.” (Jacques Derrida: La escritura y la diferencia en *Cogito e historia de la locura*. Barcelona Anthropos, 1989, pp. 52-53).

Así, la intención de Foucault al retomar la primera de las *Meditaciones* de Descartes, es guiarnos a la puerta de entrada al encierro filosófico de la locura, y que como bien explica Derrida, será también utilizada como preludeo al drama histórico y político social de la exclusión de la locura en Europa.

El *golpe de fuerza*, señala Derrida, que revela Foucault en la primera de las *Meditaciones* de Descartes, consistirá muy consistentemente en una expulsión sumaria de la posibilidad de la locura fuera del pensamiento mismo.

Pero la historia de una ratio como la del mundo occidental está lejos de haberse agotado en el progreso de un ‘racionalismo’; está hecha, en parte igualmente grande aunque más secreta, por ese movimiento por el cual la sinrazón se ha internado en nuestro suelo, para allí desaparecer, sin duda, pero también para enraizarse”. Michel Foucault: Historia de la locura en la época clásica. México, F.C.E., Tomo I, 1999, pp. 78-79.

⁸ El núcleo familiar era el único responsable directo de sus cuidados, si el loco era agresivo (o *furioso*) a lo mucho lo que se exigía por parte de las autoridades era el encierro de éste en su casa a causa de que armara alborotos o si estuviera en peligro constante por las agresiones de su alrededor, por el contrario, si no ocurrían dichos actos tan sólo se le dejaba al cuidado de alguien por ejemplo de algún miembro de la familia o criado en vigilancia constante, sino en absoluta libertad. “La libre circulación de los locos, además de que no era tan libre, tan simplemente libre como eso, no sería más que un epifenómeno socio-económico en la superficie de una razón ya dividida contra ella misma desde el alba de su origen griego.” Jacques Derrida: La escritura y la diferencia. Barcelona, Anthropos, 1989, p. 59.

⁹ “Relegados en una granja, bajo una escalera, en una cabaña al fondo del jardín, participan eventualmente en los trabajos de temporada, con lo que se ganan la comida, y en algunos intentos terapéuticos cuando aparece un empírico o cuando llega la época de la peregrinación hacia un santo-curador.” Jacques Postel y Claude Quétel (coord.): Nueva Historia de la Psiquiatría. México, FCE, 2000, p. 113.

“En el camino de la duda, Descartes encuentra la locura al lado del sueño y de todas las formas de error. Esta posibilidad de estar loco, ¿no amenaza con desposeerlo de su propio cuerpo, como el mundo exterior puede ocultarse en el error o la conciencia dormirse en el sueño? ¿Cómo podría yo negar que estas manos y este cuerpo son míos, si no, acaso, comparándome a ciertos insensatos cuyo cerebro está de tal modo perturbado y ofuscado por los vapores negros de la bilis que constantemente aseguran ser reyes cuando son muy pobres, estar vestidos de oro y púrpura cuando están desnudos, o cuando imaginan ser cántaros o tener un cuerpo de vidrio.” (Michel Foucault: Historia de la locura en la época clásica. México, FCE, Tomo I, 1999, p. 75).

Es decir, Foucault, a través de su lectura de Descartes, hace un seguimiento por aquellos procesos mentales por los cuales cualquier ser humano puede transitar y caer en el engaño, como por ejemplo que los sentidos o el sueño provocan, por defecto o exceso de imaginación, trayendo como consecuencia que ese ser humano no logre acceder a un estado de certeza. Sin embargo, para el hombre siempre existe la posibilidad de superar el engaño provocado por estas circunstancias. En cambio, cuando se está en la locura, no se puede superar el error, ya que no se puede proceder a dudar. Derrida explica este movimiento de distinción y separación de Foucault en Descartes:

“1. Aquel por el que Descartes mostraría que los sentidos no pueden engañarnos sino acerca de las cosas ‘poco sensibles’ y ‘muy alejadas’. Este sería el límite de origen sensible. [...] Descartes decía realmente: ‘Aunque los sentidos nos engañen algunas veces acerca de cosas poco sensibles y muy alejadas, hay muchas otras de las que no se puede razonablemente dudar...’ A menos que se esté loco, hipótesis que Descartes parece excluir en principio en el mismo pasaje.

2. El procedimiento por el que Descartes muestra que la imaginación y el sueño no pueden crear elementos simples y universales que hacen entrar en su composición, como por ejemplo, ‘la naturaleza corporal en general y su extensión, la cantidad, el número, etc.’, todo aquello que precisamente no es de origen sensible y constituye el objeto de las matemáticas y de la geometría, invulnerable a la duda natural. Es pues, tentador creer con Foucault que Descartes quiere controlar en el análisis [...] del sueño y de la sensibilidad un núcleo, un elemento de proximidad y de simplicidad irreductible a la duda. Es en el sueño y en la percepción sensible como supero, o como dice Foucault, ‘eludo’ la duda y reconquisté un suelo de certeza.” (Jacques Derrida: Ibid., p. 67).

Luego, Foucault delimitará con mayor precisión los conceptos de error y sueño, para confrontarlos con la locura, para entonces, dirigirse al camino de la verdad que busca.

“Descartes no evita el peligro de la locura como evade la eventualidad del sueño o del error. [...] Ni el sueño poblado de imágenes, ni la clara conciencia de que los sentidos se equivocan pueden llevar la duda al punto extremo de su universalidad: admitamos que los ojos nos engañan, ‘supongamos ahora que estamos dormidos’, la verdad no se deslizará entera hacia la noche.

En la economía de la duda, hay un desequilibrio fundamental entre locura, por una parte, sueño y error, por la otra. Su situación es distinta en relación con la verdad y con quien la busca;

sueños o ilusiones son superados en la estructura misma de la verdad; pero la locura queda excluida por el sujeto que duda. Como pronto quedará excluido que él no piensa y que no existe." (Michel Foucault: *Ibid.*, pp. 76-77).

Derrida señala que Foucault encuentra la expulsión de la locura en Descartes, en el momento en que éste sitúa al hombre en sus propios pensamientos, es decir, en ese proceso de aclarar cada una de las ideas que recrean el pensar en el hombre, es ahí, desde donde será expulsada la locura. Se le reconoce a Foucault como el primero en descubrir que Descartes, a través de su *Meditación*, señala la distinción entre la locura y los sueños. En un sentido filosófico y su función metodológica.

"Para la locura, las cosas son distintas; si sus peligros no comprometen el avance ni lo esencial de la verdad, [...] sino porque yo, que pienso no puedo estar loco. Cuando yo creo tener un cuerpo, ¿estoy seguro de sostener una verdad más firme que quien imagina tener un cuerpo de vidrio? Seguramente, pues 'son los locos, y yo no sería menos extravagante si me guiara por su ejemplo'. [...] es una imposibilidad de estar loco, esencial no al objeto del pensamiento, sino al sujeto pensante." (*Ibid.*, p. 76).

Es así, que Descartes deja la razón fortificada en plena posesión de ella misma, no encontrando más trampas que el error, así como la ilusión. La duda establecida por Descartes libera los sentidos, supera el efecto de encantamiento del sueño, guiada por la luz de las cosas ciertas; por otro lado, el ser humano destierra la locura al momento de dudar, ya que no puede desvariar, por el hecho de no poder dejar de pensar y dejar de ser. Se debe reconocer, entonces, el advenimiento de una *ratio* en el mundo occidental.

Con esta nueva forma de contemplar al ser humano, bajo el dominio de la razón, donde su capacidad para gobernarse sin miedo a confundirse como sucedía en tiempos anteriores a causa de las creencias de demonios que acechaban a quien se alejará de la divinidad, sólo Dios garantiza ahora ese refugio. Pero, se advierte que el hombre adquiere una mayor responsabilidad para conservar el pacto con Dios, bajo su cuidado y su evolución. Quien salga de la norma, sólo encontrara su propia destrucción, ya que la voluntad del hombre responde a superarse o dejarse caer.

De esta manera veremos que, a partir del siglo XVII al XIX, la locura representa la más baja de las condiciones humanas, se le perseguirá al ya no ser considerada una necesidad para compensar las dificultades de la vida, en adelante, se le asignara por el contrario, un sentido de decadencia que no admite justificación, que hay que arrancar de raíz por medio de las prácticas políticas y sociales de la época. Ello derivara al segundo factor a tratar.

iii) **Las condiciones ideológicas de la época que permitieron llevar a efecto la exclusión de la locura fuera de la comunidad humana.**

Para Foucault, este período está dividido en dos fases. La primera, que va del siglo XVI al XVII, llamada *época clásica*, el pensamiento dominante estaría bajo la *fuerza del encantamiento moral*, que trataba de impulsar a la agonizante sociedad medieval para dar paso a la naciente sociedad burguesa. Sin embargo, como bien captaría Foucault, el éxito de su labor se debió a la fuerza que tuvieron las acciones de vigilancia y constreñimiento que fueron modelando a la estructura social, creando instituciones de coacción para someter a quienes no lograban, por su *voluntad*, incorporarse al sistema, como en el caso de la población de los locos, que para entonces no serían los únicos impedidos (junto a una población reconocida por su miseria).

La segunda comprende desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo XIX, ya en plena sociedad burguesa, la reorganización se dirigirá hacia la cultura, pero con el fin de redoblar esfuerzos de control, que en principio comenzó como una situación de poder y que ahora se convertirá en una cuestión de cientificidad, o bien, como reconoce nuestro autor, como el nacimiento de *la episteme moderna*.

Para Foucault, existen dos acontecimientos históricos importantes en este período, que instalarán a la locura en la exclusión. El primero, en donde la locura será *reducida al silencio* por el *golpe de fuerza* de un *Gran Encierro* que comenzará con la fundación en 1656 del *Hospital General*¹⁰ de París, la de un *grado cero de la historia de la locura* desde el ordenamiento de la sociedad en el siglo XVII, a partir del reinado de la Razón. El pretexto mejor para reconocer en la locura un peligro para el sistema social será el grado de pobreza que presenta ella misma. Luego, se verá que esta vía no será suficiente para explicar la situación de la locura, por tanto, se tratará de encontrar otros medios.

Entonces, se dejará en cierta libertad a la locura, para después, nuevamente someterla por el discurso de los alienistas, empezando con Pinel en 1793, con la liberación de los locos de sus cadenas en Bicêtre y dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière, con ello la justificación de la pobreza será retirada de escena y en su lugar se instalara el de la enfermedad mental, que en el

¹⁰ “Sin que queramos analizar aquí extensamente las razones profundas de este amplio movimiento de creación de hospitales generales, permitiéndose subrayar, sin embargo, que las explicaciones ya clásicas, de una lógica capitalista del trabajo y la ganancia, todo lo cual convirtió en insoportables a los ociosos, es conveniente añadir la renovación de una caridad, laicizada y mejor controlada, pero en la que se sigue sin perder de vista al alma. Así pues, el edicto de 1656 denuncia en su preámbulo no sólo la ociosidad y la peligrosidad de los mendigos, sino su falta de religiosidad.” Jacques Postel y Claude Quérel (coord.): *Ibid.*, p. 115.

fondo no será más que otro recurso para seguir manteniendo a la locura y a los locos en la exclusión, bajo la máscara de la alienación.

En los siglos XVI al XVII, con la formación de las Ciudades y los Estados modernos en proceso de desarrollo económico más acelerado ¿qué hacer con los locos? El encierro surge como una drástica solución. No se le encierra por su locura, sino por la forma de vida que lleva, representada por la despreocupación, vagabundeo y lo más importante, por el significado de pobreza que de él emanaba. Esta nueva figura, señala Foucault, es constituida debido a un cambio en la percepción de la pobreza. Una nueva sensibilidad ante la miseria y los deberes de asistencia, una nueva reacción frente al desempleo y la ociosidad explican de qué manera fue vivida la locura en la época clásica.

El Renacimiento, nos dice nuestro autor, despojó a la miseria de su positividad mística.¹¹ La pobreza, así como la riqueza serán ahora consideradas designios divinos, sólo que la primera como castigo. Al tomar el estado a su cargo toda la población de pobres e incapaces, prepara una nueva forma de sensibilidad a la miseria: ya que no se glorificará el dolor, ni se hablará de salvación de la pobreza, y la caridad será suprimida; al hombre sólo se le hablará de sus deberes para con la sociedad, se mostrará en el pobre un efecto de desorden y un obstáculo al orden. No se tratará ya de exaltar la miseria en el gesto que la alivia sino de suprimirla.¹² La miseria, de Lutero a Calvino, llevará la marca de un castigo, de la complacencia de sí mismo y atentará contra la buena marcha del Estado: “De una experiencia religiosa que la santifica [se] pasa a una moral que la condena” (*Op. Cit.*, p. 95).

Pronto el mundo católico adoptará este modo de percepción de la miseria que se había desarrollado sobre todo en el mundo protestante. Un individuo se transformará en sujeto moral en la medida en que dejó de ser sobre la tierra el representante invisible de Dios, “ya no se oculta Dios bajo los harapos del pobre” (*Ibid.*, p. 99). Para la Edad Media el loco participa de un círculo sagrado de la miseria, de la caridad, de la hospitalidad; en la época clásica “la locura ya no hallará hospitalidad sino entre las paredes del hospital, al lado de todos los pobres” (*Ibid.*, p. 101).

Sin embargo, las casas de confinamiento no cubrieron las expectativas económicas que de ellas se esperaba, por ejemplo, el precio de los productos allí fabricados no resultaban competitivos debido a los gastos del mismo confinamiento. Ello no implicó que el trabajo se suprimiera como parte del funcionamiento de estas casas, ya que las actividades que se realizaban tenían un significado de *fuerza de encantamiento moral*.

¹¹ Por reinar la locura, durante el Renacimiento, sobre todo lo que había de malo en el hombre, Foucault la denominó locura moral o crítica.

¹² Michel Foucault: *Ibid.*, p. 94.

A Foucault le interesa reconstruir el *mundo clásico*¹³ partiendo de la percepción que el hombre de este mundo tenía del loco. Si Estela hubiera vivido en esta época hubiera sido colocada en el encierro de manera indiferenciada junto a venéreos, pobres, homosexuales, blasfemos, suicidas, libertinos, personajes todos que eran percibidos como pertenecientes a un mismo mundo, el mundo homogéneo de la Sinrazón. Pero ¿qué había de común entre ellos? ¿porqué la época clásica definió un mismo lugar de redención para las faltas de la carne y de la razón?, además ¿qué llevó a esta época a confundir el remedio con el castigo?.

En el subsuelo de esta percepción de la Sinrazón, lo que operó, responde Foucault, fue toda una reorganización del mundo ético y el establecimiento de nuevas normas en la integración social. Un rasgo común es que todos estos personajes tocaban, de alguna manera, la organización de la familia burguesa, o mejor dicho la trastocaban; dicha estructura familiar valía a la vez la regla social y de norma de la razón. La moral burguesa puso el límite de lo razonable. En el caso de los homosexuales, más allá del matrimonio se entraba automáticamente en el terreno de la Sinrazón. La tentativa de suicidio indicaba un desorden del alma *que debe reducirse mediante la coacción*. Los venéreos debían *volver a una comunión de la que han sido expulsado por el pecado*, y sólo se aceptaban en los asilos a aquellos venéreos que voluntariamente consentían en la corrección y los azotes; para esta moralidad el contagio desaparecía si se castigaba la carne, pues ésta unía al hombre con el pecado. El libertinaje a principios del siglo XVII representaba una fuerte inquietud en el seno mismo de la razón, pues no se trataba de *libertad del pensamiento* ni de *relajación de las costumbres*, sino de un *estado en que la razón se ha vuelto esclava de los deseos y sirvienta del corazón*. La locura dejó de ser un inevitable peligro de las cosas y del hombre, de su razón y de su tierra para convertirse en un apartamento de la norma social, la locura no sólo deja de estar signada con las marcas de la sacralización, sino que fue efectivamente apartada del espacio social dentro de los muros del encierro.

La práctica del encierro no fue de ninguna manera, explica nuestro autor una práctica médica y la exclusión que llevó a cabo no se abrió en un espacio de conocimiento positivo. El encierro le arrebató la palabra a la locura y nunca dejó que se manifestará su verdad. La práctica médico-jurídica¹⁴, por su parte, intentó desplegar la verdad de la locura y abrirla al ciclo del conocimiento

¹³ Para Foucault, la *episteme clásica* estuvo comprendida, aproximadamente, entre los siglos XVII y XVIII, y el surgimiento de la *episteme moderna* no podría ubicarse a finales del siglo XVIII e inicios del XIX.

¹⁴ “[...] a la vez del sistema de la objetividad o de racionalidad universal, de la que quiere ser expresión la psiquiatría, y del orden de la ciudad, el derecho de la ciudadanía filosófica que cubre el derecho de ciudadanía sin más, y funcionando lo filosófico, en la unidad de una cierta estructura, como la metáfora o la metafísica de lo político [...] acaba de evocar el diálogo roto entre la razón y locura a finales del siglo XVIII, ruptura que se habría soldado mediante la anexión de la totalidad del lenguaje -y del derecho al lenguaje- a la razón psiquiátrica, delegada por la razón social y la razón de estado”. Jacques Derrida: *Ibid.*, p. 52.

positivo, sin embargo, lo que realmente se desplegó fue un no-ser de la locura encubierto como verdad de su ser.

iv) El encierro de la locura.

La técnica del encierro encubría una mueca de rechazo y de exclusión. La locura guardaba un parecido inocultable con la razón por lo que resultaba un espectáculo escalofriante y a la vez amenazante. Su respuesta fue reducirla al internamiento y reducirla al silencio.

La práctica médica, sin embargo, no descartaba la posibilidad de que la locura fuera una signatura de la naturaleza cuyo fin desconociera el hombre; debido a que “ hace falta la locura del amor para conservar la especie; hacen falta los delirios de la ambición para el buen orden de los cuerpos políticos; hacen falta insensatas avideces para crear riquezas [...]” (*Ibid.*, p. 278), cabía la posibilidad de que la locura fuera parte, junto con la razón, de la sabiduría oculta de la naturaleza. A la mirada médica le surgía un enigma ¿cómo distinguir a la razón de la locura? ¿había colocado la naturaleza algún signo que permitiera al hombre distinguir plenamente a un loco de un hombre razonable?.

El cuestionamiento era fuerte, al nivel del discurso no había diferencia existente, no existía según Foucault, algo así como un *discurso general de la locura*. La respuesta de la práctica médica no fue, sin embargo, distinta de aquella dada por la práctica del encierro: la locura, sostenía, se hace manifiesta por una ruptura con el orden de la sinrazón, o sea, por un alejamiento de la norma que tiene como parámetros a la razón misma: “[...] la locura existe [...] al menos por relación a los ‘otros’ que, en su generalidad anónima, están encargados de representarla y de darle valor de exigencia; por otra parte, existe para la razón, en la medida en que aparece ante la mirada de una conciencia ideal que la percibe como diferencia con los otros” (*Ibid.*, p. 286).

El ámbito de lo razonable, el orden moral burgués, se insertaba, de esta manera, en las estructuras de lo racional, en el ámbito de lo susceptible de ser conocido. Con un solo gesto, la mirada médica tenía la posibilidad de que, en el mismo acto de signar a la locura como *lo desviado* de la norma, la constituía como su objeto de conocimiento.

La mirada médica se contagió del gran afán clasificador de los saberes positivos del siglo XVIII y se propuso “poner el número inmenso de las enfermedades humanas siguiendo el ejemplo de la historia natural, en un orden sistemático [...] Presentando las clases, los géneros y las especies, cada uno con sus características particulares, constantes y distintas” (*Ibid.*, p. 296).

El criterio positivista del saber médico de clasificar según las señales visibles, chocaban siempre con un conjunto de *denuncias morales*, o un sistema causal; en un nivel general, la clasificación era

fiel a los síntomas, pero al acercarse a las formas concretas de la locura, la causa física funcional se volvía el elemento central de las distinciones: las señales visibles, los síntomas, dejaron de ser significativas y fueron poco a poco sustituidas por la búsqueda de las causas, no detenerse más en los fenómenos. Foucault resalta que este vuelco *ontológico* de la nosografía clásica no fue dado por la medicina, sino por la metafísica, la medicina “descuida las causas y sólo se detiene en los fenómenos” (*Ibid.*, p. 332).

El modelo de la ‘dinámica corporal’ fue quizá el primer modelo que intentó dar cuenta de las enfermedades ‘mentales’ en este nivel causal. Sin embargo, no se habla aún de ‘perturbaciones psicológicas’, sino de algo que afectaba en conjunto al alma y al cuerpo. La causa se encontraba, según este modelo, cuando se asignaba, se situaba y se percibía la perturbación anatómica o fisiológica que estaba más próxima de la unión del alma y del cuerpo.¹⁵ Por enfermedad ‘mental’ se entendía, entonces, “una afección del cerebro en que queda lesionada la razón y las otras funciones del alma” (*Ibid.*, p. 334). Poco a poco el cuerpo se irá conformando como un espacio donde no sólo intervendrán causas próximas, sino también causas lejanas; las causas próximas serán las alteraciones visibles del órgano más cercano del alma, es decir, el sistema nervioso y el cerebro mismo; las causas lejanas, aquellos eventos externos que perturbaran la sensibilidad del cuerpo.

Para el siglo XIX, el cerebro no jugará ya el rol de causa por proximidad, o mediación entre el alma y el cuerpo, sino que cobrará autonomía como órgano cuyas estructuras específicas determinarán las formas específicas de la locura. La diferencia entre la causalidad del siglo XVIII y aquella de principios del XIX residirá en que la primera convocaba a la totalidad del cuerpo, a los espíritus animales, para formar la estructura de la causa próxima, y la siguiente época convocará solo al cerebro.

De esta manera, la histeria se explica por la penetración de espíritus animales en el cuerpo del enfermo, un cuerpo entre más *poroso*, más susceptible será de contraer la enfermedad; por el contrario, entre más firme y resistente, los síntomas de histeria serán más raros y los efectos más simples.

“Por ello esta enfermedad ataca más a las mujeres que a los hombres, porque ellas poseen una constitución más delicada, menos firme, y porque llevan una vida más blanda, y están acostumbradas a las voluptuosidades y comodidades de la existencia, y a no sufrir con ella.” (*Ibid.*, p. 450).

Una vida disipada, *afeminada*, que la inactividad precipita a las voluptuosidades es la causa de enfermedades de tipo nervioso que serán, pues el justo castigo de aquéllos que han preferido una vida mundana sobre una vida apegada a la naturaleza. Entonces, Estela por el hecho de su

¹⁵ Michel Foucault: *Op.Cit.*, p. 339.

constitución como mujer y según las normas sociales y morales, justificaban de antemano su fragilidad corporal y mental.

Es así, que en esta época la reflexión médica no caracterizaba a la locura como *enfermedad psicológica*, sino como alteración del movimiento de los espíritus animales al interior del cuerpo en su conjunto. Lo que originó la heterogeneidad de lo físico y lo moral, en el pensamiento médico no fue, nos dice Foucault, la distinción cartesiana de lo orgánico y lo psicológico. El momento de surgimiento de la medicina psicológica estuvo dada por la práctica del miedo manejado como castigo, cuando:

“el miedo no sea ya utilizado como método de fijación del movimiento, sino como castigo; cuando la alegría no signifique la dilatación orgánica, sino la recompensa; cuando la cólera no sea ya más que una respuesta a la humillación concentrada, en resumen, cuando el siglo XIX, al inventar los famosos ‘métodos morales’ haya introducido la locura y su curación dentro del juego de la culpabilidad” (*Ibid.*, p. 506).

No obstante, la psicología médica todavía no había desarrollado terapéuticas propiamente físicas y otras específicamente psicológicas, sino medicaciones persuasivas que intervenían indistintamente en el alma y en el cuerpo, “se trata de un arte discursivo y de la restitución de la verdad, donde la locura significa sinrazón” (*Ibid.*, p. 528). Esta situación influiría para ver al confinamiento desde una nueva reinterpretación; el hombre clásico encerraba a los locos para sentirse protegido de ellos; ahora, el hombre razonable compartirá el mismo espacio con la sinrazón, pero sólo para constreñirlo más de cerca.

“Esta transformación ha sido acogida por las épocas posteriores como una adquisición positiva como el advenimiento, si no de la verdad, por lo menos de la posibilidad del conocimiento de la verdad; pero ante la historia debe aparecer como lo que realmente ha sido: es decir, como la reducción de la experiencia clásica de la sinrazón a una percepción estrictamente moral de la locura, que será el núcleo secreto de todas las concepciones que el siglo XIX hará valer como científicos, positivos y experimentales.” (*Ibid.*, p. 527).

El vigor del terror que el imaginario fantástico vivía es el motor del acercamiento del universo médico al mundo de la sinrazón. Al principio, el médico del confinamiento terrorífico no estaba encargado de un análisis exhaustivo de la locura, no se ocupaba en determinar quiénes eran locos y quiénes criminales, por ejemplo, sino que sólo era una especie de guardián que protegía a quienes se encontraban del otro lado del confinamiento. Ninguna actitud misericordiosa atrajo al médico, *si se le llamó fue porque se sentía miedo*. Sin embargo, no se planteó en ningún momento la supresión de las casas de confinamiento, ¿por qué?

En las ciudades modernas la sensibilidad ya no se halla regida por los movimientos de la naturaleza sino por las exigencias de la vida social; la libertad es responsable de la locura, en las disputas

religiosas *los espíritus se atormentaban por encontrar la verdad*; esta libertad se encuentra muy lejos de la verdadera libertad natural.

“[...] es la libertad de los intereses, de las coaliciones, de las combinaciones financieras, no la del hombre, no la de los espíritus y los corazones [...] (Michel, Foucault. Historia de la locura en la época clásica. Tomo II, p. 44.). El medio allí donde la naturaleza empieza a morir en el hombre [...]. El medio no es la positividad de la naturaleza tal como se ofrece al ser vivo; es, por el contrario, esta negatividad por la cual la naturaleza en su plenitud se retira al ser vivo; y en esta retirada, en esta no naturaleza, algo sustituye a la naturaleza, que es plenitud de artificio, mundo ilusorio en que se anuncia la anti-fisis (Michel, Foucault. Ibid., Tomo II, p. 53-54.). La locura [dice Raulin] ha sido posible por todo lo que el medio ha reprimido en el hombre de su existencia animal” (Michel Foucault: Op. Cit., Tomo II, p. 55).

Foucault señala que la locura entrará en un nuevo *ciclo*, despegará ahora de la sinrazón, que permanecerá como una experiencia poética o filosófica como bien la miraron de Sade a Hölderlin, en Nerval y en Nietzsche, “el puro hundimiento en el lenguaje que suprime la historia y que hace cintilar, en la superficie más precaria de lo sensible, la inminencia de una verdad inmemorial [...]” (Ibid., p. 60). Poco a poco, para el siglo XIX, la locura se transformará en la *paradójica condición del orden burgués* cuya amenaza más inmediata constituye la condición de eternidad de la razón burguesa.

Una doble separación sufriría la locura en el siglo XVIII; de la razón de la pobreza. La sinrazón, en otro tiempo percibida indiferenciadamente, cobraría, por el alejamiento que la razón tomó de ella, un aspecto de multiplicidad, apareciendo una percepción diferenciada de las especies de la locura; Foucault indica que la primera clasificación que se gestó en las casas de confinamiento de inicios del siglo XVIII fue entre *imbéciles y furiosos y otros*; esta simplísima diferenciación sólo pretendía, continúa, separar aquellos locos que representaban un riesgo de muerte para el resto de los internos; la segunda clasificación que Foucault cita, es entre *alienados e insensatos*; los primeros eran aquellos que se habían *alejado* por completo de la *razón* y se los situaba como *el error absoluto*; los *insensatos*, eran hombres que no eran del todo extraños a la *razón*, hombres en los que intervenía, de algún modo, *el sentido*. Por otro lado, el cambio en la percepción del pobre hizo que el internamiento entrara en crisis y que proliferaran por todos lados casas particulares de asistencia; asimismo, este cambio *desató por primera vez el nudo que existía entre la miseria y la locura*, situándose a la miseria entre los problemas de la economía, *hundiéndose a la sinrazón en las profundidades de la imaginación y condenándose a la locura a la vieja tierra de la exclusión*. De acuerdo con esto, la locura de Estela hubiera sido clasificada por los médicos de la época con base en el estado de razón que hubiera presentado ella, y al estar totalmente ausente y en ocasiones un tanto agitada tal vez, se le hubiera separado del resto de la población por representar un peligro.

La declaración de los Derechos del Hombre, decretaba la liberación de toda persona presa por órdenes del poder ejecutivo en Francia, a la vez que prescribía que los dementes fueron sometidos a un proceso que determinara su situación y que fueran trasladados a los hospitales que serían destinados para tal efecto. Sin embargo, tales hospitales no existían, por lo que serán reclusos en la cárcel de Bicêtre, los hombres, y en la Salpêtrière, las mujeres. Bicêtre fungía a la vez como prisión donde llegaban los presos políticos de la Revolución, que como Casa de Pobres que como hospital para los locos. ¿Cuál será el arquetipo del asilo moderno?.

“Se ha dado el paso inicial: el internamiento ha tomado sus cartas de nobleza médica; se ha convertido en lugar de curación; ya no es aquello en que la locura velaba y se conservaba oscuramente hasta la muerte, sino aquello en que, por una especie de mecanismo autóctono, se supone que ella se suprimirá por sí misma.” (*Ibid.*, p. 150).

Es el momento de la entrada de la medicina a los asilos. Sin embargo, la intervención del médico en la determinación de la locura será relativa, y el acento recaerá del lado de la experiencia asilaria. A partir de este momento el tiempo de la locura se inscribirá en *el tiempo del diario*, a diferencia del tiempo de la sinrazón.

La mirada que la razón posará ahora sobre la locura no será aquella que mira el *espectáculo* desplegado por la animalidad y en la que el hombre razonable contemplaba una parte de sí, a la vez completamente cercana y completamente remota; a partir del asilo moderno percibirá a una cosa que le puede aportar algo sobre el *conocimiento de sí mismo*.

“Esta caída en la objetividad es la que domina la locura más profundamente y mejor que su antigua servidumbre a las formas de la sinrazón. En sus aspectos nuevos, el internamiento puede ofrecer a la locura el lujo de una libertad. Ahora es sierva y está desarmada de sus poderes más profundos.

Y si fuera necesario resumir con una sola palabra toda esta evolución, podría decirse, sin duda que lo propio de la experiencia de la sinrazón es que la locura era allí sujeto de sí misma; pero que en la experiencia que se forma en este fin del siglo XVIII, la locura está alienada por relación a ella misma en el estatuto de objeto que recibe.” (*Ibid.*, p. 160).

La locura no será a partir de entonces objeto de temor sino el objeto a partir del cual el hombre de razón podrá tener un dominio objetivo sobre sí mismo. La conciencia de no estar loco del hombre de razón, supone cierta manera de desprenderse de ella; dicha conciencia “[...] no ha sido posible, de hecho, más que por toda una arquitectura de protección, diseñada y construida sucesivamente por Colombier, Tenon, Cabanis y Belart. Y la solidez de esas estructuras les ha permitido subsistir casi intactas hasta nuestros días, pese a los esfuerzos mismos de la búsqueda freudiana (*Ibid.*, p. 186). Si el personaje médico puede aislar la locura, no es porque la conozca; sino por que la domina [...]”

(*Ibid.*, p. 254). Serán Pinel y Tuke quienes concreticen esta objetivación de la locura que Bellart y compañía sólo postularan.

Pinel fue removido a la Salpêtrière en 1795, y para él la curación del loco significaba la conversión y *estabilización en un tipo social moralmente reconocido y aprobado*, en su opinión: “Existe una moral completamente primitiva, que ordinariamente no se pierde, ni siquiera en la peor demencia; es ella la que al mismo tiempo aparece y opera en la curación” (*Ibid.*, p. 237). Se trata, nos dice Foucault, del asilo como un instrumento de uniformidad moral y de denuncia social de un tipo de hombres que vive en desorden, la negligencia y la ilegalidad, “[...] se trata de lograr síntesis morales, de asegurar una continuidad ética entre el mundo de la locura y el de la razón, pero practicando una segregación social que garantice a la moral burguesa una universalidad de hecho y le permita imponerse como derecho sobre todas las formas de la alienación” (*Ibid.*, p. 239).

Tuke concretizó a otro tipo de asilo o de casa de Retiro, que era una mezcla, a decir de Foucault, entre una *sociedad de inversión* y una *pseudo familia patriarcal*. Tuke, continúa Foucault, admitía que la locura era causada por la sociedad: incertidumbre, agitación, emociones, alimentación artificial; pero la locura dejaba intacta la razón, por lo que un contacto con la naturaleza, que coincidía con el orden de los hombres, debía despertar totalmente a la razón oculta por un momento: “El *Retiro* inserta al enfermo en una dialéctica simple de la naturaleza; pero edifica, al mismo tiempo, un grupo social” (*Ibid.*, p. 206).

EL Retiro buscaba reconstruir un medio para sus locos lo más parecido a la propia Comunidad de Cuáqueros. Se trataba de una congregación religiosa en donde la curación se lograría al mantener al alienado en un debate constante consigo mismo, “[...] de constituirle un medio donde, lejos de estar protegido, será conservado en una inquietud perpetua, amenazado sin cesar por la ley y la falta” (*Ibid.*, p. 220). Se trata de otra forma de normalización que busca el retorno del alienado a *su conciencia de sujeto libre y responsable* y, por tanto, un retorno a la razón.

El loco revela la verdad del hombre razonable; lo reduce a sus deseos primitivos, a las determinaciones más urgentes de su cuerpo: “La locura es una especie de infancia cronológica y social, psicológica y orgánica del hombre” (*Ibid.*, p. 275). Muestra el límite hasta donde la civilización y su malestar han orillado al hombre.

“Pero la verdad humana que la locura descubre es la contradicción inmediata de lo que es la verdad moral y social del hombre. El momento inicial de todo tratamiento será, pues, la represión de esta verdad inadmisibile, la abolición del mal que reina allí, el olvido de esas violencias y de esos deseos.” (*Ibid.*, p. 277).

Foucault continúa, desde el día de la mal llamada *liberación de los locos* (con Pinel a la cabeza), el hombre moderno se halla ligado al loco como mediación para acceder a su verdad: “Desde ese día, el hombre tiene acceso a sí mismo como ser verdadero; pero este ser verdadero sólo le es dado en la forma de la alienación” (*Ibid.*, p. 290). Estela hubiera sido sometida a este proceso de alineación por el hecho de no poseer un estado de conciencia mínimo y por tanto, ser vista en un estado de animalidad.

Sin lugar a dudas, la reforma médico-científica, y tecnológica que se estaba gestando, no se puede desvincular del contexto ideológico, siendo imprescindible para los hombres la explicación de avances o retrocesos en el desarrollo de las ideas. Por ejemplo, la aparición de ciertos hechos sociales que en su interior se muestran como reacciones derivadas por los sistemas ideológicos en una época determinada a causa de los cambios en el trabajo de investigación y criterios de verdad. Los médicos penetraron en los manicomios para hacer ciencia, además, de convertirse en administradores de éstos, obviamente para establecer la verdad suprema sobre la locura como enfermedad orgánica, lo que conllevaría al engrandecimiento de su poder. Estas reformas se verán vinculadas a cuestiones de índole médica y política. La ciencia comienza a ganar terreno en la explicación de las enfermedades psíquicas desde el momento en que la mayoría de éstos, tanto médicos y científicos, adoptan más por interés que por convicción la verdad orgánica de la enfermedad mental, pues su jerarquía en el poder se vislumbraría en el futuro por esta vía.

v) *La visión científicista de la psiquiatría para acceder al sostenimiento del concepto de enfermedad mental.*

Durante esta época el capitalismo burgués estaba condicionado por las nuevas ideas liberales. La ideología dominante que condicionaba la forma de vivir y el despertar de la nueva concepción humana, inclinada a darle un sentido propio estrictamente científico y alejada de toda concepción metafísica¹⁶. Es así, que para dar paso a la verdad fuera de toda especulación, surge el positivismo como método objetivo de la realidad física y social, dándole un lenguaje propio a la ciencia, misma

¹⁶ Por metafísica entenderemos, siguiendo a Brugger Walter, “Según la terminología aristotélica y escolástica, la metafísica es lo que, en el ciclo de los estudios viene después de la física (cosmología): la metafísica es la parte más elevada o más profunda de la filosofía, su dimensión vertical. Su objeto sobrepasa el de las ciencias de la naturaleza, todo el campo cuantitativo y cualitativo, todo lo sujeto a medida, lo empírico, lo fenomenal; el objeto de la metafísica es el ser mismo, en cuanto fundamento de todo ser. Como este objeto no puede percibirse ni medirse, las ideas metafísicas son indemostrables según los métodos racionales. Y, como dichas ideas apelan a la intuición, a la experiencia interior, a la meditación, a la comprensión, y no a la explicación de las ciencias positivas y la contradicción, por eso tropiezan contra el espíritu científico, pero, como la ciencia no da respuesta alguna a los problemas de la existencia, la libertad, etc., la metafísica renace sin cesar bajo distintas formas.” Walter Brugger: *Diccionario de Filosofía*. Barcelona, Herder, 1983, p. 420.

que se sugería eficaz en la comprensión del hombre mediante la sola influencia de su método¹⁷. Los elementos de esta doctrina (positivismo liberal) fueron tan productivos y enriquecedores que de forma inmediata sería absorbida por la sociedad. Sin embargo, el resultado que se esperaba bajo la idea del progreso comunitario no se cumplió, en cambio, a lo que se accedió en su lugar fue la acumulación de riqueza y poder de unos cuantos.

Este positivismo natural propició la cristalización de ideologías biológicas vulgares en el campo de la psiquiatría, donde se justificaba la teoría degenerativa en la raza humana. En estas teorías no se sugería en ningún sentido la libertad que proclamaban, pero si la justificación de las acciones orientadas a la explotación, manipulación, opresión y control del poderoso hacia el más débil, y sugería a este último la resignación, la adaptación por encima de sus deseos, y el desempeño fiel de su papel¹⁸.

Durante el siglo XIX se construyen grandes hospitales y se empieza a diseñar un sistema de clasificación de los diferentes síntomas. Se realizan numerosas investigaciones en el campo de la neurofisiología y se empieza a postular el descubrimiento de pequeñas evidencias orgánicas como causa de algunas patologías.

A partir de los numerosos estudios psicofisiológicos los psiquiatras de su tiempo se abocaron al estudio de los síntomas y sacaron sus deducciones, pero no será hasta con Emil Kraepelin (1856-1926) quien dará a la psiquiatría la primera descripción detallada de las entidades de los padecimientos mentales. Kraepelin realiza una clasificación definiendo las diferentes patologías, su evolución y su pronóstico. Sus ideas sobre la similitud en los padecimientos físicos lo llevó a la creencia de los orígenes físicos de las enfermedades mentales.

Las posteriores modificaciones se condujeron en la misma línea de Kraepelin para descubrir la etiología que no se mostraba tan fácilmente como en el caso de las enfermedades puramente físicas. Todas las enfermedades mentales se suponía que debían tener su origen en el cerebro, idea que se mantuvo tras descubrir que la causa de la *parálisis general progresiva* era la espiroqueta *Treponema Pallidum*. Así fue que alrededor de 1900 la psiquiatría estuvo dominada por las ideas de Kraepelin y los criterios de la medicina, la bioquímica y la neurología, surgiendo así el eufórico interés por el *qué* y olvidándose de *quién*.

Este paradigma postula que la enfermedad mental tiene un etiología orgánica por defecto genético, metabólico, endocrino, infeccioso o traumático: la etiología orgánica produce una serie de síntomas que constituyen el cuadro clínico; el conjunto de síntomas permite el proceso diagnóstico a través

¹⁷ Véase a Zeitlin: *Ideología y teoría sociológica*. Bs. As., Amorrortu, 1977.

¹⁸ Véase a M. Bauer: *Psiquiatría*. México, Salvat, 1985.

del cual se puede emitir un criterio pronóstico, siendo la secuencia final al tratamiento biológico que debe incidir sobre la supuesta etiología orgánica.

Surgieron tantas clasificaciones que más allá de caracterizar a conjuntos de síntomas, caracterizaron a los individuos. Una vez considerada la enfermedad como parte de la medicina era de esperarse que los tratamientos estuvieran encaminados dentro de la misma línea, de tal manera que estos serían biológicos y físicos, y sería el cuerpo, el que se había de someter de nuevo a otro tipo de tortura.

Como nuevos tratamientos (terapéuticas biológicas) aparece la maloterapia, terapéutica electroconvulsionante, la insulínica, lobotomía (operación del cerebro), shock metrozólico o cardiólizado, y posteriormente los psicofármacos. Tratamientos que servirán para aletargar los trastornos, detener el acto autodestructivo, desaparecer la violencia hacia el exterior, mantener la armonía dentro de la Institución, desaparecer la autonomía del débil, pero nunca aliviarán el sufrimiento, ni la salud, ni mucho menos devolver a la *normalidad*. No habrá un contacto con la *persona*, sino con la *locura* convertida en *enfermedad*¹⁹.

Las investigaciones acerca del efecto de las drogas se efectúan inicialmente en animales, cuando se encuentra que la sustancia es segura para los seres humanos se requieren ensayos medicamentosos para medir el efecto, y si resulta en un grupo de pacientes, basta para aplicarse a todos los demás²⁰.

La locura quedó así, concebida dentro del concepto de la enfermedad natural, conceptualización que no llevó en ningún sentido a su *mejor* comprensión del trastorno mental, ni a su *mejor* condición humana, al contrario, el médico se distancia más del enfermo, la enfermedad no pasó a ser un simple adjetivo, sino un sustantivo, la actitud *positiva* a matar lo que no quería morir.

La psiquiatría incorporó las herramientas del método científico que se utilizaban en otras disciplinas, como son: la observación, experimentación, y clasificación, entre las más importantes. En ese sentido, la enfermedad física tenía su origen en un organismo que se podía estudiar científicamente, porque no pensar en la posibilidad de conseguir similares resultados en el campo de las enfermedades mentales, y si lo orgánico tenía alivio y curación a través de operaciones, cirugías, trasplantes, medicamentos y hasta con pilas artificiales, la locura (producida por el

¹⁹ Ver **Anexo 2**. Varias de estas terapéuticas siguen siendo utilizadas para tratar actualmente las enfermedades mentales, en este apartado se muestra algunos de ellos para saber en qué casos son utilizados y cuáles son los efectos en su aplicación.

²⁰ Véase a A. Altschul: Manual de enfermería psiquiátrica. México, Continental, 1981.

cerebro) habría de tener los mismos instrumentos para su curación. Así lo hicieron, y llamaron a ese padecimiento psicológico y emocional, enfermedad de la mente como enfermedad del cerebro²¹.

Así la búsqueda de la verdad objetiva de la etiología de las enfermedades mentales quedó asegurada por la psiquiatría bajo la fuerte influencia de una ideología racional positiva, y bajo la pequeña prueba de haber descubierto que en la parálisis progresiva había un germen que infectaba al cerebro, produciendo una anatomía patológica; hecho que originó la esperanza de poder descubrir otros bacilos en todas las enfermedades.

Esto tuvo consecuencias atroces para el trato hacia los enfermos mentales por parte de la comunidad humana. El enfermo mental será visto como un desecho de la sociedad, alguien que debe despreciarse y desecharse por no poder asumir esencialmente el papel del hombre moderno capaz de alcanzar un cierto grado de jerarquía a nivel social y político, un ser basado en la posesión de capital, competidor, acumulativo, explotador, autoritario, individualista y violento. Actitudes que fueron favorecidas por la imagen triunfadora de la ciencia, dado que introdujo en la cultura la falsa naturaleza de la enfermedad, manifestando que las causas eran biológicas; este fue uno de los motivos suficientes para que la sociedad se sintiera lejos de tener responsabilidad del destino de ese ser.

En los tiempos modernos los psiquiatras tienen la responsabilidad de brindar una atención profesional y humana a los pacientes con enfermedades mentales, ya que si se equivocan, corren el riesgo de ser considerados como poco profesionales, en algunos casos verdugos de sus pacientes y como en el caso de Estela como asesinos que solo la controlaron y maniataron, pero que nunca se curó. Ya que finalmente, gracias a la ciencia que se unió al poder para subsistir bajo los intereses del sistema capitalista burgués. La labor de los psiquiatras se fincó en señalar y distinguir entre la población, aquellos seres humanos que podían y debían ponerse al servicio del sistema, de aquellos otros que, por su incapacidad determinada como enfermedad mental, debían entonces verse como enfermos incurables, incapaces e inservibles y que no hacían falta a esta sociedad revolucionaria y progresista. El sistema social al excluir a esta población trataba de asegurar una forma de vida que, estos seres no podrían alcanzar jamás; como podemos ver. Pese a los adelantos psiquiátricos, el enfermo mental ya no tiene un lugar en la vida ni tampoco esperanza para un retorno a la vida social. Por tanto, su lugar será el de la enfermedad, su lugar será el de *loco inservible* y no el de *ser humano*.

²¹ Véase T. Fuller. La muerte de la psiquiatría. España, Martínez Roca, 1980.

Conclusiones.

Estela Jiménez, mujer de 56 años fue internada en un hospital psiquiátrico público por sus familiares debido a sus extraños comportamientos, mezcla de agresividad, confusión, estados alucinados, etcétera. A lo largo de su estancia en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino, desde su admisión en el servicio de Urgencias, pasando por el pabellón al cual fue designada, en el servicio de la UCEP [Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos], en Medicina Interna, hasta el momento de su fallecimiento. A lo que se le dio prioridad de atención fue hacia su estado grave de locura. Se le sujetó el cuerpo y el cerebro. Para mantenerla tranquila se utilizaron medicamentos, tranquilizantes y drogas; además, de amarrarla a la cama de la cintura para abajo.

No obstante, si la Institución psiquiátrica se hubiera realmente interesado en el caso de la señora, los médicos que la atendieron se hubieran percatado de que el estado degenerativo mental era consecuencia de otra serie de complicaciones físicas: una diabetes descontrolada [y lo que deriva de ella] y, una caída que le provocó desordenes de comportamiento. La locura de Estela era un problema mínimo en comparación con los factores que realmente provocaron su muerte; aun así, se le trató siempre como psicótica, epiléptica y demente senil. Mínimamente se le trató la deshidratación, desnutrición, descontrol orgánico [insuficiencia renal aguda, infección en la pierna izquierda, desequilibrio hidroelectrolítico, hipertensión arterial sistólica por probable arterioesclerosis generalizada, secuelas de enfermedad vascular cerebral, insuficiencia respiratoria], y descompensación diabética. El paro cardiorrespiratorio fue el mayor esfuerzo del cuerpo de Estela por combatir sus males físicos internos, no su locura.

Por otro lado, se hace evidente que la familia de Estela no pudo ofrecerle la atención, la comprensión y el apoyo moral necesario. Un año de descuido y abandono son prueba suficiente de su incapacidad para un compromiso familiar hacia esta mujer; ya que después de que Estela sufrió una caída que le provocó posteriormente cambios negativos de conducta, que tal vez, fueron degenerando con el tiempo a causa de que no recibió la atención necesaria para controlar este problema. El efecto del golpe, pudo haber ver afectado su razonamiento, incapacitándola como persona consciente y responsable de sí, lo que, su estado de bienestar físico y mental se proyectó hacia una *discapacidad*.²² Eso explica, que posiblemente dejó de comer, bañarse, tomar sus

²² “La mayoría de los autores coinciden en establecer, de manera general, como persona discapacitada a: ‘todo ser humano que padece, temporal o permanentemente, una disminución de sus facultades físicas, mentales o sensoriales.’ Este concepto de persona con discapacidad incluye, según se puede observar, la enfermedad o deficiencia mental [...]. De ahí que la Organización Mundial de la Salud (OMS) distinga tres clases de discapacidad:

medicinas y comunicarse con los demás para expresar sus dolencias, temores o pedir ayuda para ella. En cambio, la familia sólo escuchó la sugerencia de un médico para dirigirse al Fray e internar a Estela allí, tomando esta sugerencia como una descarga para la familia, razón por la cual no se nota la presencia de ningún familiar de la paciente de ahí en adelante.

Sin embargo, el caso de Estela es uno más entre miles. Si observamos lo que Michel Foucault relata en *Historia de la locura en la época clásica*, nos daremos cuenta de que el fenómeno de la exclusión de la locura y los locos tiene su fundamento en la historia. Se puede llegar a pensar y justificar en función de que el sistema social capitalista exige de los individuos una forma de pensar y actuar para que se acoplen a una vida deshumanizada y agobiante, inserta a un mercado de consumo de bienes materiales y culturales. El hombre moderno representa tiempo, inversión, productividad, rentabilidad, consumo y ganancia, ya que actualmente no importa si el hombre nace en un nivel social bajo puede, con base en su esfuerzo físico e intelectual aspirar a alcanzar un nivel alto. Quien no cubra estos aspectos ocupará un lugar inferior a nivel social hasta verse excluido por ser considerado una carga y gasto inútil. Un ejemplo de esto, se puede ver en el hecho de que los padres centran sus esfuerzos económico y cultural para cuidar la carrera escolar de los niños, inculcándoles que deben aprovechar todas sus capacidades y, con ello, garantizar, hasta cierto punto, el éxito profesional, pudiendo ocupar lugares sociales de liderazgo y poder económico.

Para que esto se haya concretizado en el presente tuvo que ser pensado e imaginado antes en la mente de los hombres. Esto no surgió de una sola idea o en un sólo momento, sino que, dicha experiencia, surgió en distintos momentos con la intención de mejorar la vida humana expresada en necesidades y costumbres, hasta alcanzar un estado de perfeccionamiento reflejado en las condiciones de existencia actual.

Es aquí donde Foucault nos hace descubrir ese momento en donde, por primera vez, el hombre reconoce la necesidad imperante de valorar por medio de sí mismo el sentido de su existencia, encauzando sus pensamientos y acciones, utilizando el medio más poderoso a su alcance: su razón.

La deficiencia mental, que sería la pérdida o anormalidad, permanente o transitoria, de carácter psicológico, fisiológico o anatómico, de alguna estructura o función.

La incapacidad propiamente dicha, que es cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionado por la deficiencia, dentro del ámbito considerado normal para el ser humano.

La minusvalidez, que es una incapacidad que constituye una desventaja para una persona, en tanto limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales.

En la anterior clasificación podemos incluir, por lo que a enfermedad mental se refiere, aquellos trastornos afectivos como pueden ser ciertas depresiones, el *retraso mental*, el *daño cerebral*, la *sicosis* (locura) motivada por diferentes causas como puede ser la *esquizofrenia*, y las *demencias*, entre otras.” Javier Saldaña: Derechos del Enfermo Mental. México, Cámara de Diputados. LVIII Legislatura/UNAM-III, 2da. Edición. 2001, pp. 9-10).

Así surge en el siglo XVII, a través de la obra del filósofo Descartes la posibilidad de contemplar a un prototipo de ser humano dotado de una naturaleza superior del resto de los seres, gracias a que Dios ha querido que el hombre busque alcanzar la perfección divina por medio de la razón.

De aquí en adelante, cualquier forma de pensar errónea o engañosa debe ser descartada, ya que es señal de que el genio maligno este tratando de tentar al hombre y llevarlo a su perdición.

Hay que recordar que, a partir del siglo XIV y hasta principios del siglo XVII, la causa de cualquier forma de perdición humana era debida a la posesión demoníaca. Por lo que, no es extraño pensar que el propio Descartes buscara para el hombre un camino hacia la libertad, un modo de combatir el mal. Entonces, si Dios había creado a imagen y semejanza al hombre, por qué no ha de utilizar su razón para perfeccionar su vida. Con esto se pretende superar el pensamiento religioso de la posesión demoníaca y se instala al hombre para que se conduzca de manera racional por el mundo. Entonces, si un hombre se considera cuerdo no puede admitirse que piense que pueda estar loco. O se es racional o loco. No puede decirse más al respecto. La locura no es nada ante la razón humana.

La locura queda así concebida como un defecto de la razón. Ello permitirá la concepción de una serie de prácticas sociales que señalarán a ese conjunto de errores humanos representado en la pobreza, enfermedad, excesos y locura que había de castigar y encauzar para su recuperación como hombres de fe y de razón. Se les castigará a estos seres humanos por su forma de vida desordenada, contraria a lo que en ese momento se necesitaba para el desarrollo del hombre. Por eso, en el encierro, la norma para dignificar al ser humano en estado de perdición será por medio del trabajo, hasta que comprenda que ése es el único camino de salvación.

Sólo hasta el siglo XVIII, se empezó a entender que los males existentes al interior del encierro podían ser identificados y separados, hasta un cierto punto. Es decir, las prostitutas, ladrones, pordioseros, huérfanos, ancianos, enfermos y lisiados podían ser devueltos al mundo social. Ya que a su paso por los establecimientos donde se les encerraba habían aprendido una labor, recuperando el sentido de ganarse el sustento. No obstante, los locos fueron la excepción. Su locura no les permitía acoplarse a las exigencias del trabajo, por que su mal les afectaba la razón. Descubierta esto, los esfuerzos de los representantes de las casas de confinamiento donde se encontraban locos fue someterlos, aquietarlos y silenciarlos, utilizando si era necesario la violencia física, mientras se buscaba qué hacer con ellos. El trabajo ya no será el remedio, sino ahora se buscará el defecto de su mal en el cuerpo de los locos. Ya que si la locura es contraria a la razón humana, quebrantando su naturaleza, había que buscar la cura en él mismo, a través de su cuerpo y sus manifestaciones, siendo que su estado lo hacía diferente al resto de los hombres, mostrándose de manera desviada ante el modo de vivir de ese momento.

No obstante, poco se avanzó en este momento, ya que el trato que se brindó a los locos fue de sometimiento violento, rechazo y miedo por parte de los custodios, debido a que se concebía que los locos se encontraban en un estado de animalidad. Sólo hasta el siglo XIX, entraron otro tipo de personajes, reconocidos bajo la imagen de médicos, en las casas de confinamientos, en las cárceles que se convertirían posteriormente en hospitales generales y asilos, desplazando a los custodios a segundo término, ya que por su saber ofrecieron otro tipo de control, en forma más sutil, pero más aniquilante para los locos. Los médicos se ganaron su lugar al observar, escudriñar, detectar y señalar que el mal de la locura se encontraba alojado en el cerebro.

La técnica de los alienistas no pudo aplicar los principios cartesianos para distinguir y detectar el mal orgánico y psicológico en los locos. Sólo pudieron aspirar a un arte discursivo y de la restitución de la verdad, reconociendo a la locura como sinrazón.

En realidad, poco les importaba a los alienistas ver a los locos como seres humanos, sino imponer su presencia por medio del poder que fueron adquiriendo a través de la ciencia médica. Es decir, la locura será el objeto por el cual el hombre de razón podrá tener un dominio objetivo de sí mismo. Todos pueden ser locos ante la mirada del médico, menos él. Esto permite a ellos tener un espacio donde sentirse protegidos ante la locura.

Es por eso, que los esfuerzos de Freud, resultan inadmisibles ante los médicos de esta época. La locura no debe ser escuchada, sino silenciada y dominarla para que no recupere el derecho de ser reconocida como una vía para explicar y comprender los conflictos de la vida de los seres humanos. Ello pondría en tela de juicio el rumbo del sistema social burgués que imperaba en el siglo XIX.

Al contrario, los aportes de Kraepelin fueron acogidos con beneplácito del mundo científico. El hecho de haber encontrado la espiroqueta *Treponema Pallidum* como causa de la parálisis general progresiva, reforzaba la postura de ver a la locura como enfermedad mental y tratar a los locos como objetos de ese tipo de enfermedad, que había de combatirse. Es por eso, que finalmente se justificó por parte de los médicos el trato deshumanizado y distante recibía el loco, concibiéndose como el más adecuado según el estado en que presentara cada caso. Esto facilitaba el manejo y control de los locos, tanto al interior como al exterior de los hospitales psiquiátricos modernos. Así, el médico no sentía miedo ante el objeto con el que trabajaba cotidianamente y, la sociedad no dudaba en excluir a los locos, por representar a seres enfermos que sólo podían ser tratados de manera aislada.

Así, el destino de Estela no podía ser de otra manera. Ella es prueba de una constante histórica de lo que sucedía con los locos en occidente. Esta situación hace pensar que no parece existir aun otra

alternativa para ellos más que, el encierro bajo una vigilancia constante y cruel en manos de sus custodios, sin esperanza de retornar a la vida social, siendo excluidos del mundo de la razón.

CAPITULO DOS: LA CONDICIÓN ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LOS LOCOS EN MÉXICO.

I) Tengo un proyecto: volverme loco^{*23}

Si usted ha pensado alguna vez internarse en un hospital psiquiátrico o llevar ahí a uno de sus familiares... piénselo una vez más.

Sí, son instituciones muy modernas, con servicios muy modernos, médicos muy modernos, pero que, en el fondo, siguen siendo los viejos manicomios. El látigo y las rejas ya desaparecieron... en su lugar, insisto, hay métodos y tratamientos más modernos.

A los enfermos mentales ya no se les ataca el cuerpo; tampoco se les sujeta con grilletes a las paredes como si fueran fieras salvajes, no son custodiados por guardianes codiciosos que los muestran como bichos raros, y las piezas de hierro para sujetar su cuello, sus brazos y sus piernas ya desaparecieron.

Tampoco será tratado como un *poseído por el demonio* al que hay que quemar en la hoguera, ni perseguido en una cacería de brujas; afortunadamente usted será un enfermo mental del siglo XXI, no un pobre loco del siglo XIX que debía ser encerrado en una mazmorra, golpeado y castigado brutalmente.

Pero, ¿qué significa ser enfermo mental en el siglo XXI? Continúa siendo un ser anormal, distinto a los demás, un desadaptado, un inútil, un estorbo; un verdadero problema social. A decir verdad, con el siglo XIX, no hay gran diferencia.

Sin usar la fuerza física, se propondrán combatirlo de diversas formas, con muchos tratamientos y utilizando todos los avances de la medicina y de la psiquiatría. Intentarán encasillarlo, conceptualizarlo, olvidándose, quizás, que usted es una cosa no una persona. Tratarán, en aras de la medicina, de hacer a un lado todos los aspectos sociales, económicos, ideológicos y culturales que lo han llevado a aferrarse a su locura.

Invocarán definiciones sobre la salud tan inoperantes que si las siguiéramos no habría en el mundo una persona sana²⁴. Querrán olvidarse de que tanto la salud como la enfermedad integran un proceso dialéctico²⁵, que está en continuo cambio y se determina históricamente por los factores económicos, sociales y culturales.²⁶ Se olvidarán de que su locura tiene un contexto y una historia.

²³ * Posdata de una carta enviada por Dostoiévski a sus padres.

²⁴ La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, establece que la salud es "... un estado de completo bienestar físico, mental y social".

²⁵ Por dialéctica entenderemos, siguiendo a Gutiérrez Pantoja Gabriel, a la "[...] la conciencia de que el mundo está en constante movimiento, la conciencia de que para entender dicho movimiento hay que pensar dialécticamente; la conciencia de que cada fenómeno y cada esencia son a su vez históricos y ahistórico, y la

Tratarán de encontrarle afecciones orgánicas pues, sólo así, tendrán la certeza de que, efectivamente, usted está enfermo. Tendrán que buscarlas en su sistema nervioso o, peor aún, en su cerebro. Sí, en su cerebro.

La psiquiatría, como rama de la medicina encargada del estudio de la mente humana, ha comprobado que la locura, o enfermedad mental, puede ser ocasionada por una o varias lesiones en el organismo, específicamente en el cerebro o en las células nerviosas. Algunos psiquiatras, sobre todo los organicistas, están convencidos de que “[...] en esencia toda enfermedad no es más que una desviación de lo que es normal en la materia corpórea, bien sea en cantidad, composición o en su estructura, y todo el dinamismo de tales desviaciones, no es en el fondo, sino el producto de esta desviación material.”²⁷ Convencidos de ello, buscarán las causas de su enfermedad en el funcionamiento orgánico de su cerebro y de su sistema nervioso.

Tratarán de averiguar si usted padece alteraciones en la conciencia, en la memoria, en el pensamiento, en los sentimientos, en las acciones y en la atención, y si las encuentran las relacionarán, seguramente, con su historia familiar, su herencia, algún traumatismo ocasionado por un golpe, la ingestión de alguna droga o sustancia química dañina y con múltiples factores más que afectan el funcionamiento cerebral y nervioso del hombre.

Si usted cae en manos de un psiquiatra psicólogo, éste definirá su locura como un problema individual; es decir, como producto de sus instintos y de su *naturaleza humana*, aislándolo por completo de sus relaciones sociales.

Si quien lo analiza es un psiquiatra sociólogo, reconocerá que usted no es un ser aislado pues lo rodea su medio ambiente, su familia, su situación laboral; pero olvidará también las relaciones sociales y la influencia de la sociedad en su conjunto sobre su persona. Asimismo, reducirá a categorías esquemáticas sus aspectos psicológicos individuales.

Habrán quienes sí abordan el estudio de su locura tomando en cuenta tanto sus factores físicos y psicológicos particulares como la realidad económica; ideológica, social y cultural en la que usted se encuentre; tomando en cuenta que usted, como todo hombre, es una unidad biológico-psico-social-histórica y que los conceptos de salud-enfermedad son relativos y cambiantes.²⁸

conciencia de que hay que participar revolucionariamente sobre el objeto dialéctico con una finalidad: la creación de una conciencia social sobre la conciencia individualista que rige el mundo. Esta es la proposición del método dialéctico, el cual no es estático, dogmático, impuesto, sólo así se puede ser dialéctico.” Gabriel Gutiérrez Pantoja: *Metodología de las ciencias sociales I*. México, Harla, 1984, p. 217.

²⁶ Véase a Javier Torres Gotilla: *Programa de Seminarios de Sociología Médica*. México, DEP, FCPyS, UNAM, 1997.

²⁷ I. F. Sluchevsky: *Psiquiatría. Tratados y manuales*. México, Grijalbo, 1980.

²⁸ Véase a Enrique Guinsberg: *Sociedad, salud y enfermedad mental. Cuadernos de Psicología I*. México, UAM-Xochimilco, 1981.

Pero, no se haga demasiadas ilusiones, en México existe toda una ideología²⁹ médico psiquiátrico que podría calificarse de biológica, ahistórica, asocial, individualista y mercantilista. Biologista porque utiliza explicaciones biológicas y terapias que producen reacciones químicas en el organismo humano; ahistórica y asocial porque da por hecho que la enfermedad mental se debe a factores naturales, genéticos, traumáticos e infecciosos, restando importancia a los aspectos sociales; individualista porque trata problemas sociales y colectivos como privados e individuales, y mercantilistas porque posee un valor que utiliza tanto en la misma práctica médica como en la prescripción de medicamentos.³⁰

Un trámite sencillo.

En fin, si usted insiste en su locura, el trámite de internamiento en un hospital psiquiátrico es muy sencillo.

Cualquier día, a cualquier hora, debe hacerse acompañar por algún pariente -de preferencia su madre- pues resulta muy revelador para los médicos y, sin previa cita, presentarse alterado o con comportamientos extraños en el Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico para Agudos Fray Bernardino Álvarez.

Para llegar al Fray solamente debe tomar un autobús, un micro o un taxi que lo conduzca a la Avenida Insurgentes Sur o Tlalpan. Ahí encontrará la Avenida San Fernando. Una calle vieja, inundada por árboles, edificios antiguos y grandes caserones que contrastan con negocios de comida, paradero de microbuses, el psiquiátrico del IMSS y el velatorio del ISSSTE.³¹ El Fray se encuentra casi en esa avenida, en la Calzada San Buenaventura y Niño de Jesús.

Es un edificio moderno y funcional, que se descubre antes de llegar por sus ocho pisos y por los letreros que después de los puestos de flores y dulces anuncian: PSIQUIÁTRICO y por unas enormes letras blancas que dicen SSA.³²

Es una construcción típica de los años sesenta que sobre la locura no dice nada; un gran edificio partido en dos alas, pintado de azul y blanco y repleto en las cornisas de sus primeros pisos por palomas.

²⁹ Por ideología entendemos, siguiendo a Marx, al “[...] conjunto de representaciones morales, científicas, filosóficas y religiosas que son difundidas en beneficio de la clase dominante y por el canal de las instituciones para sostener y justificar su dominación.” En Carlos Marx y Federico Engels: *Ideología Alemana*. México, Ediciones de cultura popular, 1976.

³⁰ Véase a Sylvia Marcos (coord.): *Manicomios y prisiones*. México, RED ediciones, 1983, pp. 63-66.

³¹ Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, respectivamente.

³² El hospital psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* a partir de 1988 pertenecía al D.D.F., aun cuando se anuncie con las siglas de SSA.

Hay, como es lógico, una barda alta que rodea todo el edificio y una caseta de vigilancia custodiada por guardias que impiden el acceso a los curiosos. Usted no tendrá problema, basta con que su madre diga que van a consulta o que usted haga movimientos muy extraños para que no sólo los dejen pasar, sino que los conduzcan -de usted dependerá si amablemente o a la fuerza- al Servicio de Urgencias del hospital.

En el patio del hospital verá a mucha gente, pero en la entrada del edificio habrá todavía más: enfermos en espera de consulta, acompañados por sus familiares, enfermeros y personal de limpieza que van de un lugar a otro, médicos que pasan y se saludan, un verdadero movimiento pues por ahí pasan todos los enfermos que ingresan al hospital.

Mientras espera que lo atiendan, se preguntará de dónde llegan esos hombres y mujeres tan contrahechos, tan apagados o agresivos, tan perdidos. A algunos, como a usted, los llevan sus familiares, a otros los mandan del DIF³³, de las Delegaciones Políticas, de otros Estados de la República, y a los más humildes los recogen en las calles las ambulancias de rescate.

Como seguramente habrá otros pacientes antes que usted, lo harán esperar un rato (no mucho porque varios médicos atienden a los pacientes que van llegando) y lo pasarán a un pequeño consultorio, en donde un médico especializado -un residente que cumple con su día de guardia y que aún no termina sus estudios de psiquiatría- le hará, durante aproximadamente una hora, algunas preguntas: ¿Cómo se llama? ¿Cuántos años tiene? ¿Hasta qué año estudió? ¿Es soltero? ¿En qué trabaja? ¿Qué día es hoy, qué año?. Éstas podrán parecerle inútiles y absurdas... pero, ni modo, usted ya cruzó la puerta del hospital como paciente y tendrá que hablarle a un extraño sobre su vida familiar, sexual y laboral y, si está usted consciente de ello, de su alteración mental. No se ofenda si todo lo que usted responde es confirmado o desmentido por su madre, recuerde que aunque no lo hayan diagnosticado todavía, como posible enfermo mental usted ya carece de credibilidad.

Si después del bombardeo de preguntas, el médico decide que usted no es peligroso y que puede seguir viviendo con su familia ¡felicidades!. Le aplicarán una inyección o le darán alguna pastilla, le recetarán reposo, más pastillas y quizás le den una cita en el Servicio de Consulta Externa del hospital. Pero... si no es así... prepárese... va a ser internado en un de los pisos del Fray.

Su internamiento empezó abajo, en el Servicio de Urgencias, pues el médico de guardia ya llenó el Reporte con todas las impresiones que usted le dio; ya anotó el diagnóstico con el que lo calificó y también los primeros medicamentos que seguramente usted ya comenzó a tomar.

Ya se llenaron los trámites, el papeleo... Su madre ya firmó la Carta de Autorización de Responsabilidades³⁴ y los autorizó, precisamente, a hacer con usted lo que crean conveniente para

³³ Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.

³⁴ Véase **Anexo 1**. Carta de autorización de responsabilidades.

tratar de curarlo. Despreocúpese, le repito que está usted en el hospital moderno, con médicos altamente calificados y con todos los servicios necesarios para combatir su locura.

Su madre ya se entrevistó con la trabajadora social, le tomaron todos sus datos y ya no podrá abandonarlo así como así. Además, ya le indicaron cuánto van a cobrarle; por eso tampoco se inquiete, los hospitales psiquiátricos privados cobran una fortuna, pero el Fray es del Estado y su estancia será prácticamente casi gratuita... poco dinero, que su madre podrá pagar sin ningún problema.

La entrada al piso, todavía acompañado por su madre, no será lo terrible. Lo terrible comenzará cuando usted cruce la puerta de fierro; cuando su madre desaparezca y usted se encuentre en el pabellón de cualquiera de los seis pisos de internamiento del Fray; cuando le pidan que se cambie (porque si en ese momento hay ropa disponible, le pedirán que se cambie), que se ponga el *uniforme*, tipo deportivo (sudadera y pantalón) azul que debe haber vestido a muchos otros que como usted fueron llevados un día cualquiera al Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico para Agudos Fray Bernardino Álvarez.

Qué le parece si comenzamos con la historia de Patricia.

Patricia Ramírez³⁵

Tiene 34 años. Es soltera. Tres veces ha intentado suicidarse; dos con medicamentos, la última cortándose las venas. Ha estado internada en varios hospitales psiquiátricos y se encuentra en el Fray por tercera vez, después de haber sido deportada de Cuba, en donde como turista causó daños materiales que ascienden a los 30, 000.00 pesos.

Su madre fue internada tres veces en un hospital psiquiátrico, diagnosticada como esquizofrénica paranoide y murió de cáncer pulmonar hace 14 años. Su padre fue asesinado en un asalto a los 41 años de edad; cinco de sus hermanos son alcohólicos y el sexto, también esquizofrénico paranoide, se suicidó cortándose las venas.

La abuela de Patricia también padeció alteraciones mentales; una de sus tías murió por sobredosis de tranquilizantes; un tío abuelo padeció epilepsia; un primo, mongolismo y un hermano de su madre alcoholismo.

Cuando Patricia nació, el parto fue atendido por su abuela y parece que hubo complicaciones. Su desarrollo infantil fue normal hasta los siete años, edad en la que comenzó a padecer sonambulismo

³⁵ La grabación de la entrevista fue realizada por Gloria Valek Valdés, el viernes 09 de agosto del 2002, en el Auditorio del Hospital Fray Bernardino Álvarez. El nombre de la paciente y de las iniciales que distinguen a los médicos que intervienen en la entrevista han sido modificados para proteger su identidad. La transcripción es responsabilidad de Olinca Suárez Mejía para los fines de este trabajo.

y terrores nocturnos. La menstruación le vino a los 13 años; desde entonces, ha padecido diversas crisis de comportamiento.

Estudió hasta la secundaria y comenzó a trabajar a los 17 años como secretaria ejecutiva bilingüe pues domina el idioma inglés. Desde entonces ha tenido diez trabajos; algunas veces, ella los ha dejado; otras, le han pedido su renuncia.

A los 18 años, después de la muerte de su madre, Patricia trató de suicidarse con pastillas. La internaron, le hicieron un lavado gástrico y permaneció en estado de coma durante 4 días. Fue trasladada a un hospital psiquiátrico, en donde estuvo dos meses a base de medicamentos. Salió con tratamiento y volvió a trabajar.

A los 22 años Patricia intentó suicidarse nuevamente con pastillas. Fue tratada y controlada con medicamentos hasta los 26 años, que se presentó una crisis y fue internada en otro hospital psiquiátrico. A los 28 años se enamoró de un muchacho y tuvo sus primeras relaciones sexuales con él. La relación duró cerca de un año, pues Patricia se enamoró de un cantante y abandonó todo para seguirlo.

Patricia ingresó por primera vez al Fray en 1997. Según la historia clínica presentó síntomas de agresividad hacia su familia, movimientos anormales, lagunas mentales, delirios de persecución y negligencia. El diagnóstico: *epilepsia del lóbulo temporal asociado a psicosis paranoide a descartar histeria conversiva asociada a daño orgánico*. Su estancia fue de 15 días, durante los cuales le aplicaron gran cantidad de medicamentos, entre los que se encuentran calmantes como el Diazepan, la Carbamazepina y la Perfenazina.*³⁶

Reingresó al Fray al mes y medio en crisis, debido a la suspensión de los medicamentos, y el disgusto que le provocó regresar a su trabajo y encontrar su puesto ocupado por otra persona. Internada por segunda vez, se comportaba irritable, negativa, agresiva, malhumorada, al grado que, en varias ocasiones, tuvieron que amarrarla para que no agrediera al personal del piso. Inventaba historias sobre familiares influyentes que la cuidaban por si alguien se atreviera a tratarla mal. Le suministraron nuevamente medicamentos.

Después de salir con permiso varios días, fue canalizada al servicio de Consulta Externa del Fray, con el diagnóstico *epilepsia del lóbulo temporal y debilidad mental*.

Seis meses después, volvieron los errores de conducta y la irritabilidad: se escapaba de su casa por las noches hasta que un día, al saltar desde la azotea, sufrió fisuras en la cadera y en el tobillo. Fue internada en el hospital del ISSSTE e, inválida, fue enviada por su hermana a Guadalajara a la casa

³⁶ * Información sobre la utilidad y perjuicios que pueden causar dichos medicamentos se encuentra en el Anexo 2 de este trabajo.

del hermano mayor. Estuvo en cama durante ocho meses hasta que ella misma decidió que ya estaba curada y pudo caminar.

Presionada, según ella, por el mal trato de su hermano, Patricia trató de suicidarse por tercera vez, pero entonces cortándose las venas. La internaron nuevamente; se ignoran el diagnóstico y el tratamiento, pero fue dada de alta hasta después de un año.

Regresó a vivir con su hermano, pero como se desnudaba frente a los sobrinos, se irritaba fácilmente y se orinaba en el cuarto, la castigaban y la encerraban.

Sin decir a nadie, Patricia salió rumbo a la ciudad de México y se hospedó en casa de su hermana. Ingresó al Servicio Psiquiátrico del ISSSTE y después a consulta psiquiátrica privada. Recuperada, consiguió un trabajo como secretaria y durante dos meses se desempeñó normalmente. Los problemas comenzaron con errores de conducta tales como esconder ropa sucia debajo de la cama, insomnios prolongados y la persecución de sus jefes, de quienes decía estar muy enamorada. Trabajó durante tres meses, hasta que la despidieron y la indemnizaron. Con ese dinero, decidió viajar a Cuba.

En Cuba, el vuelo de regreso a México se retrasó un día; al siguiente, Patricia perdió el pasaporte y se quedó dos días más, durante los cuales causó daños en el hotel al dejar las llaves del baño abiertas e inundar los cuartos. Además, salía desnuda de su habitación y se mostraba agresiva e irritable.

La deportaron de Cuba. Llegó a México desaliñada y molesta porque, según ella, le habían robado la maleta. Su hermana narra que Patricia agredió al personal de la línea aérea y se orinó en uno de los asientos del avión.

En julio de 2002, después del viaje a Cuba, Patricia ingresó por tercera vez al Fray. En el Servicio de Urgencias la encontraron suspicaz, evasiva, hostil, coherente e incongruente a la vez. Después de la entrevista y de revisar su historia clínica, la diagnosticaron como *esquizofrénica paranoide* y la internaron nuevamente en uno de los pabellones del hospital.

A los cuatro días le hicieron un examen mental; la encontraron irritable, pero consciente, sin movimientos anormales y bien orientada. En el expediente dice que ella cree que se va a casar, que su novio la espera en Cuba, que le gustaría hacer el amor con todos, que está cansada, que su cuerpo huele mal.

Las exploraciones física y neurológica no presentaron alteraciones graves, tampoco los exámenes de laboratorio y gabinete. Las pruebas psicológicas mostraron que tiene un nivel intelectual inferior

al promedio y otras anormalidades que confirman el padecimiento *psicosis maniaco depresiva típica (con modalidades imaginarias)*.^{*37}

Patricia fue llevada a una entrevista pública, en el auditorio del Fray.^{**38} Es una mujer como muchas. Nada en ella dice que es una enferma mental; ni sus ojos negros y llenos de vivacidad, ni su sonrisa forzada parece denotar algo. Mucho menos el cabello negro amarrado con una cintilla blanca, ni la vestimenta sencilla y su seguridad al caminar. Es muy distinta a todas las mujeres que deambulan por los pabellones del Fray. No trae ni pantunflas, ni el uniforme azul, tampoco está despeinada, ni tiene la mirada perdida. Segura de sí, se sienta y, después de la pregunta del doctor H, toma con seguridad el micrófono, como si no existiéramos las casi cuarenta personas de bata blanca que la observamos desde las butacas.

-- Patricia ... ¿cómo está? -- [le pregunta el doctor H].

-- Bien, yo, bien... bueno, la comida es malísima, nos dan cosas horribles... llenas de grasa y cerdo [hace gestos de asco] cosas asquerosas... pues ya que me lo pregunta, le diré que las enfermeras son muy malas... me han robado todas mis cosas... me dieron ocho Haldoles...^{*39} yo sé que eso está mal... ¿cómo me van a dar ocho Haldoles?... yo sé cuántos me deben dar...

-- Patricia, -- [la interrumpe el doctor H]—dígame... ¿sabe por qué ha estado ha estado internada?

-- Murió mi mamá... yo la quería mucho... era muy alegre, hablaba mucho, era muy limpia, la quise mucho [los ojos se le llenan de lágrimas] y por eso quiero ir con ella... me corté las venas para ir con mi mamá...

-- Pero... intentó suicidarse antes ¿no es cierto?

-- Sí... me quería ir con ella, pero ahora creo que la vida sí vale la pena [sonríe] ya no me quiero ir. Sabe... estuve en un hospital bien bonito... ahí conocí a muchas muchachas jóvenes, de mi edad, fue muy bonito, ahí todas juntas, hablábamos... ahí conocí a Leticia, hija de un artista... no me acuerdo el nombre, pero ella estaba ahí por drogas... nos hicimos muy amigas, sabe, muy amigas.

-- Patricia, cuénteme... ¿por qué trató de suicidarse y cómo lo hizo?

-- Bueno... mi mamá estaba platicando conmigo... me llenó de sangre y pus... se murió en mis brazos... [Patricia voltea hacia nosotros, el público que la observa desde las butacas] me tomé después como 300 pastillas... Sinogan, Equiamil, Diazepan y es que yo la quería mucho y quería estar con ella...

³⁷ *La psicosis maniaco depresiva se caracteriza por la sucesión de crisis con acceso de manía o melancolía. Aparece en los jóvenes; sobre todo en las mujeres, al comenzar la menstruación y de los 25 a los 30 años. Los ataques son menores que los períodos de lucidez y en éstos se comportan como personas normales.

³⁸ **Todos los viernes, en el auditorio del Fray, se llevan a cabo sesiones clínicas, en las cuales varios médicos residentes presentan un caso que se sujeta a discusión.

³⁹ *La información sobre los medicamentos suministrados a Patricia se encuentran en el **Anexo 2**.

-- Cuando estuvo con su hermano ¿qué pasó?

-- Es que yo cantaba la canción *A mi manera* y él se enojaba mucho... esa canción me gusta desde que la cantaba Frank Sinatra... Mi hermano se enojaba porque decía que yo lo provocaba cantando eso, ya que el que mandaba era él y las cosas se iban a hacer a su manera no a la mía... además, me dejaban muchos trastes para lavar... llegaba mucha gente... me exigía mucho y por eso me corté las venas.

-- Después... ¿por qué dejó a su hermano?

-- Me salí como si fuera al Kinder, me fui a la Central Camionera y me vine a México... Cuando llegué, mi hermana estaba llorando porque ya no aguantaba más estar sin mí... yo también la quiero mucho. A mis hermanos no, bueno, los quiero... pero Eduardo me pegaba mucho y Juan trató de violarme.

-- ¿Qué me puede decir de su padre?

-- No lo recuerdo bien... murió cuando yo tenía cinco años... Cuando supe que lo mataron no lloré; si me puse triste, pero luego me puse a jugar encantados.

-- Patricia, dígame... ¿por qué ha tenido tantos trabajos?

-- Bueno, a veces ya no me gusta... me hacen políticas...

-- ¿Políticas? ¿Qué es eso de políticas?

-- Envidias y eso... me hacen la vida difícil... pero en el último trabajo yo renuncié ... Mi jefe y yo nos pusimos de acuerdo para que me indemnizaran y poder ir a Cuba. Yo le dije: *vamos a hacerles creer que me corren para que me den dinero...*

-- ¿Por qué quería ir a Cuba?

-- Desde chica... me acuerdo de unas amigas de mi mamá cubanas; eran bien lindas, hablaban de Cuba y yo quería ir...

-- Fue a Cuba ¿no es cierto?

-- Sí, si fui, pero me llevé medicinas, lo que pasa es que se me acabaron... le pedí ayuda al médico del hotel...

-- Oiga Patricia ¿por qué dejó que las habitaciones se inundaran?

-- ¡Cómo cree, doctor! Yo no me di cuenta... pero luego, una amiga de mi hermana que no pudo ir a Cuba, me pintó el agua de negro... y mandaron policías... vi a Fidel Castro en el aeropuerto... [Patricia mira hacia arriba, como abstraída].

-- ¿Habló con él... la saludó?

-- No, bueno, me dijeron que había pasado atrás de mí, que ahí estaba en el restaurante... Sabe, cuando llegué a Cuba había un guía de turistas de Cubatour, yo era de Viñales y no me quería ir con él; todos se reían y me fui con él... estuve en unos hoteles... Cubana Libre, y otros lujosísimos.

-- Dígame, Patricia, ¿tenía novio?

-- Eran unas relaciones muy hermosas, nunca se me van a olvidar... Yo no vuelvo a tener relaciones con otro hombre; me lo quitó un homosexual, que le ofreció coche, casa y comida y lo violó, hace 4 años... desde entonces guardo luto... con la ropa no, pero le guardo luto.

-- Bien,-- [el doctor H ve su reloj de pulsera] --Creo que se nos acabó el tiempo. Gracias Patricia.

Una enfermera sube al estrado, toma a Patricia de la mano y la conduce fuera del auditorio.

Si observamos detenidamente el desarrollo de la entrevista sostenida entre el médico psiquiatra "H" y la paciente que responde al nombre de Patricia, descubriremos que la intención de mostrar el caso femenino ante la comunidad clínica presente en el auditorio, será la de aprender a reconocer y delimitar la imagen de la enfermedad mental a través del cuerpo y las expresiones de esta mujer, entendiendo con ello sus movimientos, ruidos, expresiones, etcétera.

La figura del paciente representa en todo caso el objeto de interés para la medicina. Ya que al tenerlo sujeto bajo la mirada que busca cualquier indicio de enfermedad, éste resulta útil como cuerpo dispuesto a la investigación para que el médico pueda lograr formarse una idea de lo que tiene que tratar.

Sin embargo, en el caso de la psiquiatría, el cuerpo del paciente no resulta suficiente, siendo que el tipo de enfermedad que le corresponde tratar no es tan evidente a la mirada de este especialista médico. Es por eso que requiere otro tipo de indicios que le indiquen al psiquiatra o al estudiante de psiquiatría su existencia. El otro camino por recorrer, por tanto, será el de hacer hablar al paciente, escuchar sus desvaríos, confusiones, razones desbordadas, que en un espacio común puede llegar a desesperar, confundir, molestar, provocar duda, risa, llanto o miedo para el resto de la gente. Sin embargo, para el psiquiatra es la prueba fundamental de que la enfermedad mental existe y que se ha apoderado de ese ser y, ello, explica los motivos de su comportamiento tan extraño.

El problema radica en que el modo de mirar a estos seres se limita a través del espacio de la enfermedad mental, provocando que desaparezca la imagen de persona, fijándose en su lugar la imagen del enfermo mental.

Patricia no cuenta bajo la mirada y la técnica de los residentes ni de los psiquiatras como persona, como mujer, no les llama la atención sus problemas familiares, amorosos, laborales, sexuales o sentimentales, sólo si estos pueden confirmar o desechar los síntomas de la enfermedad mental que se piensa que sufre. Ella cuenta por venir de una familia con trastornos mentales (su madre y un hermano fueron diagnosticados como esquizofrénicos paranoides, otros hermanos y un tío materno son alcohólicos, una tía depresiva, un tío abuelo epiléptico, un primo mongólico). Las complicaciones que tuvo al nacer; sus problemas de sonambulismo y terrores nocturno en la infancia; y sus crisis de comportamientos que aparecieron a partir de los 13 años de edad

relacionado después con la aparición de la menstruación; su no poder controlar su cuerpo (orinarse y desnudarse ante otras personas).

Ha tenido tres intentos de suicidio (a los 18, 23 años, y en el último intento no se especifica su edad), ello ha sido motivo de que sus familiares la hayan internado en el hospital psiquiátrico en seis ocasiones (tres veces en distintos hospitales psiquiátricos estatales y tres veces en el Fray). Se le ha diagnosticado en cuatro ocasiones: 1) *epilepsia del lóbulo temporal asociado a psicosis paranoide a descartar histeria conversiva asociado a daño orgánico*; 2) *epilepsia del lóbulo temporal y debilidad mental*; 3) *esquizofrénica paranoide*; y, 4) *psicosis maniaco depresiva típica (con modalidades imaginarias)*.

Patricia tuvo que someterse a pruebas tanto físicas como neurológicas, exámenes de laboratorio y gabinete; y, pruebas psicológicas que demostraron que su nivel intelectual es inferior al promedio y de otras anormalidades que confirmaron su último diagnóstico como enferma mental.

Esta noción de enfermo mental para que se pueda asumir más allá de la relación médico psiquiatra-paciente es necesario que pase por el reconocimiento de la Institución hospitalaria. Es decir, no basta que el médico psiquiatra señale a cualquier individuo con algún posible padecimiento mental, es indispensable que éste se asuma a su papel de paciente al interior del hospital psiquiátrico, para entregarse a los beneficios de dicho servicio médico especializado y más aún, si es de índole público.

Patricia viene a ser un ejemplo más entre los miles de casos que se atienden en uno de los 30 hospitales psiquiátricos públicos en el país. Al momento de ingresar como paciente psiquiátrico tuvo derecho a convertirse en beneficiaria de este servicio hospitalario especializado: que la examinaran los médicos psiquiatras para diagnosticarle la posible enfermedad mental que la tenía en ese estado; que le permitieran alojarse en el hospital mientras recibía su tratamiento; que se le suministraran los medicamentos y alimentación adecuada a su caso; y, se le pudiera dar de alta cuando pudiera mostrar mejoría, no negándole la posibilidad de reingresar al servicio debido a su enfermedad mental. Porque, como ella y su familia lo saben, su tipo de enfermedad no se cura, sólo se controla. Siendo que cada vez que Patricia ha presentado estados agresivos o raros, ella ha regresado al hospital sin ningún problema.

Ello refleja el modo en cómo se trata a los locos en México. Esto no significa que el Estado haya dejado de preocuparse por la situación de estos desdichados, para eso designa un presupuesto federal que permite afrontar el rezago en materia de salud mental en la población mexicana: se siguen construyendo y mejorando hospitales especializados como centros de investigación y docencia; se crean políticas administrativas exclusivas en dicha atención; se dota de recursos

financieros, técnicos y humanos. Se puede decir que en México si existe una cultura sobre la enfermedad mental.

Pero, se encuentra en una fase todavía muy precario a nivel social, debido a los problemas que se reflejan en su calidad de atención. Ello se refleja en la crítica constante que se hace debido al trato deshumanizado que reciben los beneficiarios en calidad de pacientes hospitalizados psiquiátricos, no importa si su tiempo de estancia es de tres meses a toda una vida.

II) La lógica político-administrativa de la locura a través de la Institución psiquiátrica pública en México.

i) El Estado y la locura.

De la asistencia gubernamental dedicada a los enfermos mentales en México, se puede decir poco.

A principios del siglo XIX, la Nueva Constitución Hispana decía: “Está a cargo de los ayuntamientos el cuidado de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia.”⁴⁰ Esta Ley se aplicó en 1820, año en que empezaron a salir del país las órdenes monásticas y, con ello a cerrarse muchos hospitales.

En 1861, el presidente Benito Juárez decretó la secularización total de los bienes eclesiásticos, entre ellos se incluían los hospitales e instituciones dedicadas a la atención médica. Posteriormente, ordenó la creación de la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación, que asumiría la administración y control de los hospitales públicos y de beneficencia.

El Estado tomaba a su cargo la atención médico-hospitalaria, aunque hasta 1905 la contemple por primera vez en el presupuesto de egresos federales.

Al comenzar el siglo XX existía en México un médico por cada 6 mil habitantes; había 213 hospitales en el país y la población se acercaba a los 13 millones de habitantes. Los organismos de asistencia pública llevaron a cabo acciones aisladas hasta 1943, año en que se formó la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública. De inmediato se puso en marcha un plan de hospitales que incrementó el número de camas y trató de mejorar la atención médica. Posteriormente, se crearon los servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en los Estados y Territorios y se estableció el Reglamento para Hospitales, Maternidades y Centro Materno-Infantiles en el Distrito, Territorios y Zonas Federales.

En 1947 se creó, en la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental que asumió el control del Manicomio de la Castañeda, los

⁴⁰ Guillermo Fajardo Ortiz: La atención médica en México. México, Francisco Méndez Oteo editor, 1979, p. 69.

dispensarios y los consultorios de la capital y mantendría contacto con los otros hospitales psiquiátricos del país.

En la década de los años cincuenta se crearon la Comisión Nacional de Hospitales y algunas granjas de recuperación para enfermos mentales y se realizó el Primer Censo Hospitalario, así como importantes programas para mejorar la salud pública, entre los que destaca la creación de la Comisión Constructora de la SSA.

En la década siguiente había en el país 30 mil médicos, de los cuales solamente 400 ejercían la psiquiatría y de ellos nada más 200 lo hacían en instituciones públicas. El manicomio de la Castañeda iba resultando anacrónico e insuficiente, debido al hacinamiento de los enfermos y a la falta de control. Sus terapias y tratamientos eran ya obsoletos y se requerían nuevos establecimientos que brindaran a los enfermos mejor atención y mayores posibilidades de curación. Entonces, la Dirección de Salud Mental y Rehabilitación de la SSA llevó a cabo una reforma mediante la cual, el Manicomio de la Castañeda fue sustituido por once hospitales psiquiátricos y granjas para enfermos mentales, ubicados en el Distrito Federal y en el interior de la República. Así, en 1967, fueron inaugurados en la Ciudad de México el Hospital Psiquiátrico para Agudos "Fray Bernardino Álvarez" y el Hospital Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Se remodelaron y adaptaron otros hospitales y se fundaron granjas y hospitales campestres en distintas regiones del país. También se crearon Centros de Salud y secciones para enfermos mentales en algunos Hospitales Generales.

En la siguiente década (los años setenta), se elaboró, entre otras cosas, el Plan Nacional de Salud que pretendió abarcar a todo el país y que si bien contribuyó en la tarea de mejorar la atención médico-hospitalaria, no logró cambios sustanciales.

En 1980 había en el país 725 psiquiatras y, en 1982, la Dirección General de Salud Mental contaba con los once hospitales mencionados, además de una Escuela Granja ubicada en el Distrito Federal y denominada también Bernardino Álvarez. Tenía un total de 4,646 camas de hospitalización psiquiátrica, además de 24 servicios de psiquiatría.

Actualmente en el país se cuenta con una red de 30 hospitales psiquiátricos públicos (cuadro 1); algunos son modernos en su orientación y otros conservan características de asilo, más que nada por la insuficiencia de recursos. Se cuenta también con servicios de psiquiatría en cinco hospitales generales, que operan satisfactoriamente, mientras que 20 hospitales generales cuentan con consultorios de psiquiatría. Además se cuentan en el país 8,713 camas de hospitalización para enfermos mentales; en el Distrito Federal hay una cama por cada 5 mil habitantes y en el interior de

la República, una por cada 55 mil habitantes, cuando la OMS recomienda un mínimo de 5 camas por cada mil habitantes.⁴¹

Cuadro 1

Tipo de unidad	Unidades Médicas	Consultorios	Camas		Quirófano	Laboratorios		Equipos		
			Censables	No Censables		Análisis clínicos	patología	Rayos X	Electrocardiografía	Unidad Dental
Hospital Psiquiátrico	30	413	5020	256	1	16	1	10	15	26

Fuente: Secretaría de Salud (SSA), Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED), Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS).

Entre las actividades de este sexenio (2001-2006) son importantes el Establecimiento de programas de acción para la atención integral de la depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, trastornos por déficit de atención y de desarrollo infantil, así como para la atención psicológica en casos de desastre. Incremento de la oferta de servicios ambulatorios a la población que sufre estos padecimientos. Desarrollo de una intensa labor de capacitación en salud mental en las escuelas de medicina, programas de posgrados y entre los profesionales activos. Fortalecimiento de abasto, disponibilidad y acceso a los medicamentos necesarios para la atención de los problemas prioritarios de salud mental. Creación de redes comunitarias en apoyo a la salud mental. Realización de la primera encuesta de Salud Mental. Las metas que se pretenden alcanzar en este rubro son las siguientes: Incrementar en 20 por ciento los servicios proporcionados a la población con padecimientos mentales. Ampliar en un 20 por ciento la capacidad y los recursos para la atención de salud mental. Mantener bajo control epidemiológico las tasas de suicidio consumado.

Así, la población mexicana tiene a su servicio de manera pública un conjunto de Instituciones para atender cualquier problema de salud mental. Esto responde a que el Estado extiende su compromiso hacia las demandas sociales y por tal motivo permite la apertura y sostenimiento de Hospitales psiquiátricos, granjas, hospitales campestres, centros de salud y pabellones psiquiátricos en algunos hospitales generales. Patricia o la familia de ella no quedan abandonados por parte del Estado para hacer frente a su problema de enfermedad mental. De acuerdo con su situación se le canalizará a un tipo de Institución psiquiátrica y sus diversos niveles de atención, como veremos a continuación.

⁴¹ Véase Programa Nacional de Salud 2001-2006. Anexo 4.

La Organización interna de la Salud Mental Pública.

Para la atención pública general, el Poder Ejecutivo de la Nación tiene por ley una dependencia encargada de estos trabajos que se denomina Secretaría de Salud (SSA), y ésta, a su vez, cuenta dentro de su organización interna con la Coordinación de Salud Mental creada a partir de 1997 hasta el presente. Este organismo está destinado a investigar y a resolver los problemas de Salud Mental de la población de la República Mexicana.

Este organismo de Salud Mental Pública cuenta en su organización con un Departamento Técnico que tiene Secciones de Neurología, Psiquiatría, Salud Mental, Psicología, Trabajo Social y Epidemiología. Cuenta además con dependencias aplicativas o de Servicio directo al público, que son los Servicios de Salud Mental y los de Asistencia Psiquiátrica.

El Servicio de Salud Mental está formado por uno o varios equipos de trabajo constituidos por psiquiatra, psicólogo y Trabajador Social.

Dentro de los Servicios de Salud Mental está el de la Asistencia Psiquiátrica, en la cual se ha organizado una serie escalonada de Instituciones que se inicia con la consulta externa de Psiquiatría, que atiende los casos que no pueden ya ser aceptados en los Servicios de Salud Mental. De estas consultas unas son de Psiquiatría General y otras son específicas para alcohólicos.

En segundo término, para las personas que requieren mayor tiempo de manejo, pero que no ameriten internamiento, se inició, desde 1980, el sistema denominado Hospital de Día, en el cual el paciente llega desde temprano, come en la Institución y se retira por la tarde a su casa. Tiene este procedimiento la enorme ventaja de no desconectar al paciente de su familia ni de la comunidad y, además, reduce considerablemente los costos de atención.

Más frecuente en el medio, es el manejo denominado de Hospital de Noche, en el cual, el paciente sale a trabajar durante el día y regresa por la tarde a recibir su tratamiento.

El siguiente eslabón en la cadena de Instituciones de asistencia psiquiátrica lo constituyen los Hospitales o Pabellones para enfermos agudos en donde la estadía se ha reducido en la actualidad a no más de tres meses como promedio. El plan terapéutico es conocido, e incluye: los fármacos, la terapia ocupacional y recreativa, la psicoterapia de grupo, ocasionalmente individual y, ya en menor grado, el tratamiento de insulina.

Finalmente, los Hospitales-Granja representan establecimientos para sub-agudos, sub-crónicos y crónicos en los cuales se sigue con la farmacoterapia y con alguna forma de psicoterapia de grupo; pero lo que constituye su característica, es la terapia laboral y la vida de comunidad (inclusive con pago de salarios), que los conduce a un ajuste suficiente a los hábitos de disciplina, trabajo y convivencia social, que les permite, en muchos casos, retornar a su hogar y a la vida social y económica de su comunidad.

Decimos entonces que el paciente está *rehabilitado* aunque no esté *curado*. En estos establecimientos, está en desarrollo un programa educativo para los familiares, con el objeto de que no se desprendan de su paciente y para que reciban orientación sobre su manejo en casa. Además el familiar puede asistir a cualquier hora y participar en las fiestas y espectáculos de los enfermos, con lo que su actitud hacia el paciente y hacia el Hospital cambia considerablemente.

Por lo demás, siempre habrá un número considerable de enfermos que estén destinados a tener una larga estancia en el Hospital, en cuyo caso los Hospitales Granja representan un lugar en donde el paciente tiene, por lo menos, una *vida humana y normal* y en donde, mediante su productividad, puede contribuir a bajar los costos de su atención. Por otra parte, la organización de una cadena de instituciones como la descrita, es factible sólo en ciudades grandes y con suficientes recursos.⁴²

Además de la asistencia de los enfermos se atienden las restantes normas provenientes de la actual administración de hospitales: investigación tanto clínica como farmacológica, adiestramiento del personal en servicio, y la enseñanza de acuerdo con las prescripciones del Programa de la Coordinación de Salud Mental destinado a tales efectos.⁴³

Hay otras poblaciones con menores posibilidades que cuentan con un especialista. En estos casos, se concentran todas las facetas de la prevención y la asistencia psiquiátrica en una sola Institución, tal y como se ha hecho en el Hospital Granja para Enfermos Mentales de Villahermosa. De este modo se organizan los servicios de acuerdo con las características culturales y los recursos económicos y humanos de la región que se va a atender.

Conviene aclarar que, los servicios de Salud Mental Pública dependientes directa o indirectamente del Poder Gubernamental, se organizan de la siguiente forma: el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan Navarro", el Instituto Nacional de Neurología y los Hospitales Granja, dependen de la Coordinación de Salud mental; 92 Centros de Salud, así como, los servicios psiquiátricos en 30 Hospitales Generales esparcidos por toda la República y también el Hospital especializado en psiquiatría de Michoacán, son manejados por los Servicios Coordinados de Salud Mental Pública en Estados y Territorios; además existen Hospitales Granja y servicios psiquiátricos en Hospitales Civiles, que dependen de los Gobiernos Estatales; y por último, cabe mencionar, todos los establecimientos de Salud Mental dependientes del IMSS, ISSSTE, SEP, Hacienda, Ejército y Marina, Petróleos Mexicanos, Patronato y Gobernación.

En esta forma breve se ha descrito cómo está organizada la Salud Mental Pública en México desde el punto de vista técnico.

⁴² Vicente Rivera-Melo Vázquez: Salud Mental Pública en el Distrito Federal. México, Tesis recepcional, UNAM/ENEP Aragón, 1989-90.

⁴³ Secretaría de Salud. Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria. Hospital Campestre *Dr. Rafael Serrano*. México, 2000, Revista 14.

La Organización Administrativa de los Hospitales psiquiátricos públicos en nuestro país se rigen de manera general por la Coordinación de Salud Mental, que a su vez, es subvencionada por la Secretaría de Salud (SSA). Esto con el fin de ofrecer un servicio que detecte y controle los problemas de la población mexicana afectada por trastornos mentales.

No obstante, corre el peligro de convertirse en un sistema burocratizado por el tipo de estructura jerarquizada en los servicios de Consulta externa y Hospitalización en la atención que brindan tanto a pacientes externos e internos. Por ejemplo, el hecho de ver como en el área de Salud Mental a través de la asistencia psiquiátrica se van distinguiendo y separando a los pacientes que son atendidos exclusivamente por la psiquiatría general, ofreciendo una mayor atención a los enfermos alcohólicos que representan el segundo lugar de incidencia en la lista de enfermedades mentales en nuestro país (vea el apartado que hacemos más adelante al respecto), incluyéndolos en un programa especial de tratamiento y rehabilitación, canalizándolos al servicio de hospitalización. Ello tal vez, disminuya el trabajo en el servicio de Consulta Externa, pero ¿la hospitalización ofrece esa atención de calidad que no se puede ofrecer en este espacio?

El servicio de hospitalización se distingue por el valor del tiempo. Lo que se pretende es disminuir los gastos de atención. Por tanto, los programas de “Hospital de Día” y Hospital de Noche” son vistos como una posibilidad de menor inversión en la atención tanto médica como en los demás servicios hospitalarios que necesite el paciente. Ello promueve la idea de una reintegración social y económica de seres habilitados para el trabajo. El tiempo máximo de atención hospitalaria para pacientes con posibilidades de reintegración social es de tres meses, ésta es su garantía.

También sucede lo mismo para aquellos pacientes que son diagnosticados como sub-agudos, sub-crónicos y crónicos. Estos tres tipos de pacientes son vistos como poco recuperables o irrecuperables en el Servicio de hospitalización en un tiempo de tres meses, por lo que requieren de un tiempo más prolongado de internamiento, así se les canaliza a otro tipo de hospitalización que atiende sus necesidades de tratamiento y rehabilitación sin garantía de curación, los prepara también para el trabajo (al interior de la Institución y con goce de sueldo) con el fin de que se disminuya el gasto de atención y no se pierda la posibilidad que en un futuro el paciente pueda ser devuelto al mundo social por medio del trabajo. Como si esta imagen del hombre productivo vista como la regla principal por alcanzar a través del tratamiento y rehabilitación del enfermo mental le devolviera su valor como persona, al momento de ser dado de alta de la Institución psiquiátrica en cualquiera de sus servicios o niveles hospitalarios.

Teniendo en consideración la gama de servicios y niveles de atención al interior de la institución psiquiátrica pública, se pretende ofrecer a los pacientes tratamientos de corto plazo con el propósito de incorporarlos a una vida “normal”, manteniendo siempre la idea que ese individuo debe estar en

condiciones tanto físicas como mentales para ser un sujeto productivo, dispuesto para un trabajo, evitando así que se convierta por la enfermedad mental en un ser improductivo y una carga social.

Es así, que aun cuando Patricia ha sido internada varias ocasiones en el hospital psiquiátrico, al momento de poder retornar al mundo social, ella ha podido incorporarse en apariencia a esa vida “normal”. Efectivamente, Patricia ha respondido con esta meta de la institución psiquiátrica, logrando conseguir varios empleos, aun cuando algunos los haya abandonado porque no le gusta la actividad que desempeña y otros porque siente que no la han tratado bien sus compañeros de trabajo. Es curioso, que cada vez que Patricia ha dejado su actividad laboral se avecina un periodo de crisis de su enfermedad, teniendo que internarse en el hospital psiquiátrico. ¿No será a caso que esta idea de ser productivo no es suficiente para las personas locas como Patricia, siendo que encuentran una realidad frustrante, sin sentido y por ello optan por retornar al hospital psiquiátrico?

Porque el trabajo en sí como actividad humana sirve, tan sólo, para generar un mínimo de soporte económico que permita mantener al individuo dentro del sistema socioeconómico actual. Pero, ello no quiere decir que dicha actividad laboral ofrezca un espacio de re-creación humana, por el contrario, ese individuo por necesidad tenga que trabajar en algo que le disguste y hasta lo imponga en un lugar de disminución de su persona a causa del abuso de poder de sus autoridades o superiores. Entonces no es raro pensar que Patricia simplemente al no encontrar sentido a lo que hacía lo abandonaba, hasta al grado de aprender ciertas habilidades laborales que le permitieron conseguir que la indemnizarán y poder con ese dinero viajar a Cuba, un anhelo de la infancia que le hacía recordar a su madre y a unas amigas de ésta que eran cubanas, que le platicaban de su país como un lugar bonito. ¿Qué persona cuerda haría tales acciones? o ¿se debe estar muy enfermo mentalmente para vivir de esta manera?

Incidencia de las enfermedades mentales en nuestro país.

Existen factores socio-culturales que, al parecer, propician la enfermedad mental, tal sería también el caso de México; algunos de los padecimientos que afectan a la población, como el alcoholismo y los problemas de conducta en la infancia, serían de los que en forma más clara están influidos por dichos determinantes sociales.

La mayoría de los autores⁴⁴ están de acuerdo en que los principales padecimientos mentales y neurológicos en la República Mexicana son: a) Crisis Epilépticas, b) Debilidad Mental, c) Alcoholismo crónico. Los diagnósticos de Psicosis alcohólica son muy escasos debido a la falta de empeño en descubrirlos. d) Reacción psicótica esquizofrénica, e) Psiconeurosis de angustia, f) Padecimientos psicósomáticos de tipo gastrointestinal y cardiovascular, g) Personalidad sociopática, en su variedad psicopática. En los niños es muy frecuente los problemas de conducta, en especial: agresividad, destructividad, hurto, fugas del hogar y vagancia.⁴⁵

La Morbilidad Neuropsiquiátrica en la República Mexicana según el Censo realizado en el año de 1992.⁴⁶ Se observa en el cuadro dos:

Cuadro 2

	ENFERMEDAD	No.	%	CÁLCULO SOBRE 100,000
1.-	Epilepsia.	257,000	18.60	734
2.-	Alcoholismo.	192,000	13.54	548
3.-	Psiconeurosis	162,000	11.54	462
4.-	problema de conducta en la infancia.	158,000	11.40	451
5.-	Psicosis maniaco-depresiva.	83,000	5.30	257
6.-	Esquizofrenia.	71,000	4.90	202
7.-	Otros.	495,000	34.81	1414
	SUMAS	1,418,000	100.00	4068

Es decir, que según estos datos -los más recientes en escala nacional- 1 de cada 20 personas necesitan atención neuropsiquiátrica.

La epilepsia, *debilidad mental*, de la que no fue posible obtener el dato estadístico definitivo, el alcoholismo crónico ocupan respectivamente, los tres primeros lugares en la incidencia de las enfermedades neuropsiquiátricas en nuestro país.

La epilepsia, es una padecimiento caracterizado por ataques convulsivos y recurrentes de varios tipos, acompañados de trastornos de la conciencia y manifestaciones electroencefalográficas de descarga anormal de las células ganglionares de la corteza. El ataque epiléptico se caracteriza por la

⁴⁴ Caraveo AJ, Medina Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, López EK, Juárez F, Gómez M, Martínez NA.: Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional en hogares. México, An. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993, No. 5, pp. 22-42.

⁴⁵ Hernán San Martín: Salud y enfermedad. México La prensa médica mexicana, 1991.

⁴⁶ Secretaría de Salud: Segunda Investigación nacional sobre enfermos neurológicos y psiquiátricos (memoria). México, 1994.

descarga de las células ganglionares corticales; hipótesis que es apoyada tanto por las manifestaciones clínicas de convulsiones focales y generalizadas como por el estudio de las ondas cerebrales registradas en el electroencefalograma.

La psicosis epiléptica, es una entidad patológica en la que no solamente encontramos la alteración de la celdilla nerviosa, que se manifiesta por la crisis convulsiva característica; sino, además, el deterioro mental y la regresión progresiva de las funciones psíquicas superiores hasta llegar al estado demencial que lo aísla totalmente de la sociedad.⁴⁷

Para darnos cuenta de la gravedad del problema, se realizó la revisión de 7876 Expedientes de pacientes que ingresaron en el Hospital "Fray Bernardino Álvarez" de 1986-1991; se encontró que 1064 eran de tipo convulsivo, entre los cuales había 356 con trastornos psicóticos que expresado en porcentaje equivale al 33.45%.

La población era de 356 psicóticos convulsivos, tomando en consideración la edad, sexo y lugar de origen, reflejados en el siguiente cuadro:

Cuadro 3

Edad	No.	%
Adolescentes	19	5.33
Edad media	279	78.37
Adultos maduros	58	16.30
Total	356	100
En relación al sexo	No.	%
Sexo masculino	206	57.86
Sexo femenino	150	42.14
Total	356	100
Por su lugar de origen	No.	%
Provenientes del Distrito Federal.	110	30.88
Provenientes de Provincia	246	69.12
Total	356	100

La oligofrenia fue definida por Kraepelin como un "grupo de trastornos psíquicos caracterizados por la falta de desarrollo más o menos precoz del estado psíquico general, que se manifiesta por una deficiencia intelectual de distinto grado". Se debe considerar que, en realidad, la oligofrenia no es en sí una enfermedad definida, sino un conjunto de padecimientos en los cuales grandes diferencias etiológicas, clínicas y anatómo-patológicas se presentan, y todas ellas son causantes de falta de capacidad intelectual.

⁴⁷ Ignacio Solares: Delirium tremens. México, Compañía general de ediciones, 1988.

Términos sinónimos de oligofrenia son por ejemplo el de Amencia; debilidad Mental; Deficiencia Mental, adoptado por la American Psychiatric Association, en el año 1952; subnormalidad Mental, usado en 1958 por Masland, Sarason y Caldvin; Retraso Mental, utilizado por Herberten 1961 y, por último, el término empleado por Olhausky Scheafeld y Oterafeld de Culturalmente Distinto e Insuficientemente adaptado en 1962.

Por otro lado, dentro del término empleado por Herbert de Retraso Mental, se usan varios de los nombres anteriores: deficiencia mental, debilidad mental, anormalidad mental y amencia, para denominar las diversas alteraciones de la capacidad mental.⁴⁸

Aun cuando no se conoce la etiología de todas las formas de deficiencia mental, un elevado porcentaje de las mismas puede ser atribuido a causas conocidas, sean éstas endógenas (inherentes a la constitución genética) o exógenas (del ambiente).

Aunque la mayoría de los casos de retraso mental son de origen orgánico, existen algunos, cuya causa es psicológica y así tenemos:

Retraso mental cultural-familiar

Retardo mental psicogénico asociado con carencia ambiental

Retardo mental psicogénico asociado con alteración emocional

Retardo mental asociado con alteración psicótica o de la personalidad.

Sobre la incidencia de la oligofrenia o debilidad mental en la República Mexicana, puede decirse que es alta, aunque estadísticamente no haya sido posible calcularla. Lo más que se ha realizado ha sido una investigación de la Secretaría de Salud en la década 1982-1992, durante el Censo que ya mencionamos. La colaboración obtenida de parte de 16,216 médicos invitados fue muy pobre, pues, tan sólo, 2,690 o sea el 16.6% fueron los que respondieron en la obtención de datos; y éstos fueron que de 123,700 enfermos mentales investigados 1447 casos estaban afectados por este mal.

La psiquiatría bajo las pautas psicoanalíticas, comprende que el alcoholismo tiene como causas a factores preponderantemente psicogénicas.

La demanda de alcohol tiene su fuente en las tensiones, conflictos, frustraciones, etc.; que no son más que manifestaciones de angustia. El alcohol es un reductor de la angustia. Luego, el incremento de la apetencia por las bebidas alcohólicas se explica porque abate dicho conflicto psíquico. Una persona madura o normal es capaz de manejar su angustia fácilmente, sin que trastorne su personalidad. Una persona inmadura o emocionalmente dependiente no soporta la angustia con facilidad y tiene que recurrir en su auxilio a síntomas neuróticos o a la ingestión de bebidas

⁴⁸ I.F. Sluchevsky: Psiquiatría, Tratados y Manuales. México, Grijalbo, 1960.

alcohólicas, para manejar con “equilibrio” sus dificultades. Y, como sabemos, cualquier hecho que reduzca la angustia tiende a volverse un hábito. La fuerza del hábito depende en todo momento del grado de angustia que la produce.⁴⁹

En la actualidad el problema continúa teniendo gran importancia, pues, de acuerdo con el Censo ya mencionado, seis de cada mil habitantes de la República son enfermos alcohólicos.⁵⁰

En la tabla de datos estadísticos anterior, correspondiente al Censo de 1992 (referente al cuadro 2), están incluidos los enfermos neurológicos. El cuadro que sigue a continuación corresponde exclusivamente a los pacientes de carácter psiquiátrico.

Cuadro 4

Enfermos con Trastornos Psiquiátricos Primarios				
1992				
Enfermos mentales, psicosis y trastornos de la personalidad	Grupo de edad de los enfermos			Sumas
	Menores de 20 años	20 a 50 años	Mayores de 50 años	Totales
	325,814	449,627	262,871	1038,312

En seguida tenemos más información, sobre la incidencia de las enfermedades mentales en nuestro país, que es la *comparación de la distribución porcentual de los diagnósticos* de enfermos internados en el Hospital “Fray Bernardino Álvarez” en los años de 1989-1999, contenida en el cuadro que se muestra a continuación:

⁴⁹ Germán Solomino D’Ardois: *Historia de la psiquiatría en México*. México, Biblioteca SEP, 1986.

⁵⁰ Javier Torres Gotilla: *Programa de Seminarios de Sociología Médica*. México, DEP, FCPyS, UNAM, 1993.

Cuadro 5

No.	Diagnóstico	Porcentaje en 1989	Porcentaje en 1999
1.-	Esquizofrenia sin especificar, y los diversos tipos	35	32.0
2.-	Diversos tipos de epilepsia y su asociación, con otros padecimientos mentales	24	24.0
3.-	Deficiencia mental (debilidad, imbecilidad e idiotéz)	13	15.2
4.-	Neuroloes	5	2.3
5.-	Alcoholismo y psicosis alcohólica	5	4.9
6.-	Paranoia y estados paranoicos	4	3.0
7.-	Reacción maniaco-depresiva	4	4.2
8.-	Psicosis senil y presenil	3	7.0
9.-	Otras psicosis	4	5.1
10.-	Sin diagnóstico y no clasificables	3	2.1
	Totales	100	100.00

Esto hace pensar, que al interior del hospital psiquiátrico, es más importante ubicar a los seres humanos bajo la noción de un padecimiento mental por un tiempo determinado, después, si se cree conveniente se les dará de alta de la Institución.

Pero, si se da el caso de que una persona regresa al hospital psiquiátrico, como en muchos casos similares al de Patricia, no hay mayor problema, se le recibe y se le atiende como si hubiera sido la primera vez en su vida que ingresó al hospital. No se investiga a fondo su historia, no se da continuidad al problema en función del último tratamiento. Sin embargo, los especialistas se conforman en lograr un estado de mejoría aparente en cada caso, si el paciente reacciona en ese momento se considera que ya se resolvió el problema, siendo que en realidad la enfermedad mental no se ha logrado definir todavía.

Ello nos clarifica el hecho de que Patricia desde su primer ingreso al hospital psiquiátrico público hasta su último internamiento, el diagnóstico que ha recibido por parte de los especialistas que la han atendido ha variado en cuatro ocasiones. La enfermedad mental al momento de ser tratada por los especialistas en psiquiatría, tiene importancia como una degeneración mental, por el hecho de poder ser contada como un número más dentro de la estadística de la población mexicana afectada por dichos problemas.

Y por ello, los enfermos que no tuvieron la suerte de ser controlados como Patricia tienen que ser mantenidos en el internamiento por más tiempo hasta que reaccionen o mueran (recordemos el caso

de Estela), sin saber en verdad qué paso con estas personas afectadas por un tipo de enfermedad mental.

ii) Problemas actuales, problemas de siempre. La situación de crisis del aparato burocrático de la Institución psiquiátrica pública.

Así, al tener a la institución psiquiátrica pública dotada de una infraestructura física y los recursos humanos profesionales para atender a la población mexicana ante sus necesidades en salud mental, se puede llegar a considerar que México cuenta con políticas en salud de alto nivel de especialización. Lo que se pretende en lo futuro es lograr tener un control de las enfermedades mentales que afectan a la población, aun cuando no se alcance una erradicación total de las mismas. Dichas condiciones de atención también prometen convertirse en programas de salud especializada de la enfermedad mental que se apliquen de manera preventiva en las futuras generaciones.

No obstante, tales acciones por parte de quienes representan a la Institución psiquiátrica pública han provocado un deterioro burocrático que se fue gestando con el tiempo al interior de los servicios de atención, a consecuencia del desgaste de una organización administrativa jerarquizada que no permitió un constante trabajo de transformación en los espacios hospitalarios, como bien lo demostraron los Organismos Internacionales encargados de realizar la evaluación en los hospitales psiquiátricos públicos.

En este caso, podemos mencionar que cualquier Estado moderno está en riesgo de enfrentar el problema de la burocratización a causa de depositar demasiada confianza y poder en las Instituciones públicas creadas para apoyarlo de manera política en el control y vigilancia de la sociedad. El sociólogo alemán, Max Weber explica que el fenómeno de la burocratización aparece de manera inmediata al instaurarse el Estado, por medio del ejercicio de poder que ejercen las Instituciones para el control absoluto de la sociedad: “El Estado moderno es una asociación de dominación con carácter institucional que ha tratado, con éxito, de monopolizar dentro de un territorio la violencia física legítima como medio de dominación y que, a este fin, ha reunido todos los medios materiales en manos de su dirigente [...]” (Max Weber: El político y el científico. Madrid, Alianza editorial, 1997, p. 92).

Con esto las armas, los medios monetarios y de trabajo, quedan bajo la vigilancia del Estado para garantizar que el pueblo, las masas dispongan sólo de su fuerza de trabajo, viéndose entonces, obligados a servir al sistema social, recibiendo a cambio cierto tipo de protección y una serie de

medios para que ellos logren su subsistencia social y económica, que les garantice un espacio de reproducción al interior del sistema social.

Para lo cual, el *aparato* estatal en ejercicio de la burocracia, representada en las figuras de los jueces, funcionarios, oficiales, capataces, empleados, suboficiales, etcétera, permite cuidar y distribuir esos medios, utensilios y existencias comprendidos en los medios económicos, materiales, y humanos de manera cotidiana o en actividades presentes con efecto en la vida futura.

De este modo, las Instituciones públicas están bajo la dirección de individuos capacitados para asumir lugares de responsabilidad, control y poder ante la sociedad. El Estado a cambio de su lealtad los compensa por medio de ciertos privilegios económicos y políticos para que estos “funcionarios” sirvan a la burocracia sin mayor problema.

Estos *funcionarios* que sirven a la burocracia por medio de su fuerza de trabajo, se desenvuelven en un medio intelectual, para poder administrar los recursos que les son otorgados por el Estado. De acuerdo con el nivel jerárquico del funcionario es la importancia laboral, lo que deriva también, en la representación de su poder. Este ámbito se reconoce ya en una esfera política.

Weber explica, que el verdadero *funcionario* de acuerdo con su profesión sólo se dedicará a la administración de recursos materiales y técnicos, así como los recursos económicos de manera imparcial, sin afectar los intereses del Estado: “El funcionario ha de ejercer su cargo *sine ira et studio*, *sin cólera ni prejuicio*’. No ha de hacer, pues, precisamente aquello que el político, tanto el jefe como su séquito, han de hacer siempre y necesariamente, esto es luchar. Porque el partidismo, la lucha y la pasión *–ira et studium–* constituyen el elemento político. Y más que nadie, del jefe político. La actuación de éste se mueve en efecto bajo un principio de responsabilidad muy distinto, y aun directamente opuesto, de aquel del funcionario. El honor del funcionario está en su capacidad para, cuando pese a sus representaciones el superior jerárquico persiste en una orden que a aquél le parece errónea, ejecutarlo bajo la responsabilidad mandante con la misma escrupulosidad que si correspondiera a su propia convicción. Sin esta disciplina moral en el sentido más alto del vocablo, y sin esta abnegación, todo el aparato se vendría abajo.” (*Op. Cit.*, pp. 115-116).

Tal es el pacto de los funcionarios que tienen con el Estado por medio de la burocracia que no tienen posibilidad de desarrollarse en otros ámbitos, por ejemplo la explotación de su vocación política para un enriquecimiento particular. Es entonces, cuando al no contar con una amplia libertad de acción salvo desde el lugar que ocupen en el gobierno, sin descuidar la obediencia y su ejercicio político-administrativo ante el Estado, cuando surgen mecanismos (condiciones económicas y materiales) para aprovechar su espacio de trabajo, volverlo rentable y sostenible para su propio beneficio.

Los funcionarios cuidan su trabajo en apariencia y evitan dañar de manera grave los intereses del Estado. Es así que pueden llevar a cabo una serie de actividades con el propósito de desviar los recursos económicos, materiales y de servicios para un beneficio particular, es por eso que esta situación se vuelve ante la mirada pública hasta de cierto modo tolerable. Además, el hecho mismo de que las actividades de los funcionarios no son fácilmente sustituibles, ya que el grado de especialización profesional se vuelve cada vez más compleja. Dichos lugares se convierten, de alguna manera, en estáticos hasta que se avecine una nueva generación de funcionarios más capacitados para ocuparlos. Es por eso, que la permanencia de esta gente dedicada a la administración pública, se entrega sin mayor preocupación a sus actividades y planear un retiro exitoso en un futuro lejano.

Siendo así, que ante este panorama en cómo se desenvuelve la burocracia al interior de las instituciones, hasta cierto punto es entendible. Lo que se trata es de mantener a todo un sistema administrativo que pretende ser rígido en su estructura y tener un impacto social por el mayor tiempo posible. Sin embargo, no en todas las burocracias se tiene el cuidado de controlar los excesos de poder que se manifiestan al interior de las instituciones públicas, provocando el aceleramiento de desgaste y descomposición de estas mismas. De ahí radica nuestro interés por mostrar a continuación el estado en que se encuentra la burocracia, comprendida desde la perspectiva weberiana, en el campo de la salud pública en México, en particular la situación de crisis administrativa que enfrentan los hospitales psiquiátricos públicos que no se distinguen por el cuidado en la capacidad y la calidad de los servicios que prestan, sino por el dominio y el poder que ejercen sus representantes sobre la población que reciben y tienen bajo su cuidado. Provocando con ello una cierta postura social de lo que se debe entender como modelo de atención psiquiátrico a nivel público, que justifica una cultura de la enfermedad mental, donde no existe una esperanza de vida para las personas locas que llegan allí.

Esta situación acontece en la institución de salud pública en México, donde ciertas condiciones políticas permitieron la posibilidad para que a, partir del mes de octubre del 2002 hasta mayo del 2003, se evaluaran las condiciones existentes de los servicios de salud mental y psiquiátrica, reafirmando lo que hasta ese momento se entreveía como un escenario público dedicado al ejercicio de la medicina especializada con una urgente necesidad de transformación administrativa que se pueda vislumbrar en la atención más humana y una integración a la vida social de los pacientes .

En agosto del 2003, en el noticiero Televisa, conducido por el periodista Joaquín López-Doriga en la serie "Los reporteros. Investigaciones especiales" en cadena nacional, presentó por espacio de una semana un documental especial donde se mostraba la situación precaria y de violación de derechos humanos de los pacientes diagnosticados como enfermos crónicos debido a su deterioro

mental. Lo que obliga a mantenerlos internados en los hospitales psiquiátricos de manera prolongada y, en la mayoría de los casos, de forma permanente. La esperanza de rehabilitación y reintegración social-familiar es casi nula, por lo que el problema del abandono y olvido de estos seres es una realidad que no se puede negar en el presente.

El periodista Guillermo López-Portillo mostró por medio de cámaras ocultas y abiertas varios escenarios hospitalarios psiquiátricos públicos, donde los televidentes podíamos observar las condiciones de insalubridad, encierro, castigo y deshumanización en que viven estos enfermos mentales en México.

Los hospitales psiquiátricos públicos que sirvieron como ejemplo de esta situación fueron el Hospital Psiquiátrico *El Batán*, de Puebla, el Hospital Psiquiátrico de Orizaba, Veracruz, el Hospital Psiquiátrico *La Salud*, del Estado de México.

En el Hospital Psiquiátrico *El Batán* de Puebla, que alberga a más de 300 pacientes, se pudo constatar el hecho de que se sigue utilizando el método de las sujeciones *nobles* en las manos y en las muñecas, tratando de no provocar ninguna lesión a los enfermos mentales, es decir, amarrar a los pacientes a las columnas del inmueble e inmovilizarlos con pernos y correas a las camas.

Emilio Chevalier, director del Hospital Psiquiátrico de Puebla, tiene conocimiento del trato semejante que reciben los pacientes. Explicó que a veces es necesario recurrir a esta práctica por no contar con el suficiente personal para atender las necesidades de cuidado de la población allí interna. Advierte al final, que ello no justifica la sujeción de los enfermos. (Guillermo López-Portillo: Las puertas del infierno. Primera parte. México, Guión de televisión, Agosto 11 del 2003).

Otro problema que se pudo detectar, fue la condición de insalubridad existente en la cocina del hospital. Se entrevistó a una enfermera, quien pudo corroborar los efectos en los pacientes por la falta de limpieza: “últimamente los pacientes tienen mucha diarrea, porque no hacen bien la limpieza en la cocina.” (Guillermo López-Portillo: Las puertas del infierno. Primera parte. México, Guión de televisión, Agosto 11 del 2003). Además, la falta de cubiertos para que puedan comer los pacientes, obliga a muchos de éstos a alimentarse con las manos.

Otro asunto, es la falta de colchones, sólo existen el uso de tambor y cobijas, para los pacientes. Sin embargo, al momento de señalar estas carencias por parte del periodista al director del hospital, éste rotundamente lo niega.

En el caso del Hospital Psiquiátrico de Orizaba, Veracruz las condiciones de vida de los enfermos mentales son aún más infrahumanas. Hay que mencionar que el edificio en donde alberga ahora al hospital, fue en un principio utilizado como cárcel en el centro de la Ciudad de Orizaba, Veracruz. Actualmente, no ha variado su infraestructura y que decir de las prácticas hacia quienes viven allí en calidad de internos. El periodista López-Portillo mostró por medio de cámaras escondidas el uso de

celdas para encerrar a los pacientes, como un método de corrección y castigo, a los que se portan *mal*. Las condiciones de las celdas son precarias, ya que cuentan con una cama de piedra, paredes carcomidas por la humedad y una mínima ventilación; sin sillas, colchones y baño, los enfermos mentales encerrados sufren el aislamiento indiscriminado.

Otro problema, es la falta de actividades para los pacientes psiquiátricos, deambulan por horas en el patio que sólo mide unos metros cuadrados, o se mantienen tirados a lo largo de los pasillos del hospital, no importa si sufren de esquizofrenia, retraso mental o depresión.

Para este caso, el periodista López-Portillo entrevistó al Dr. Guido Belsasso, comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y responsable del área del Salud mental de la Secretaría de Salud (SSA), respondiendo que ya se estaba tomando acciones para resolver la situación en el Hospital Psiquiátrico de Orizaba: “ya está identificado el nuevo terreno, y ya se está trabajando sobre la reestructuración, pero ya no vamos a hacer un psiquiátrico nuevo, los pacientes crónicos los vamos a meter a este proceso de asistencia social.” (Guillermo López-Portillo: Las puertas del infierno. Segunda parte. México, Guión de televisión, Agosto 12 del 2003).

En el Hospital Psiquiátrico *La Salud*, Estado de México las condiciones de vida y trato a los enfermos mentales no se muestra diferente en comparación a los otros hospitales. Sin embargo, es importante señalar que desde 1976 ya se tenía conocimiento de las carencias físicas del lugar, la falta de recursos para la atención de los pacientes, y sobre todo, el uso de métodos de encierro y aislamiento para controlar a los enfermos agresivos o demasiado inquietos.

Un estudiante de medicina describió tales situaciones presentes en ese momento, por medio de un artículo de una revista de índole política y literaria: “En el comedor, algunos pacientes deambulan semidesnudos. Algunos tienen cucharas: la mayoría toma los alimentos con las manos, menjurges repugnantes de sustancias irreconocibles. Los colchones están casi desnudos, cubiertos por una raquítica cobija. El doctor nos muestra los cuartos de aislamiento, donde se encierra tras portones y candados a los locos agitados o agresivos.” (Julio Frenk: Instituciones Psiquiátricas Mexicanas. La granja: un caso desolador. Revista Suplemento de Siempre, la cultura en México (revista semanal), Número 1226, Diciembre 22 de 1976, pp. IV-IX).

Julio Frenk, estudiante de medicina nos ofreció una mirada sensible de lo que sucedía allí adentro, en ese hospital psiquiátrico; actualmente es Secretario de Salud en nuestro país.

López-Portillo realizó una visita al Hospital Psiquiátrico *La Salud*, Estado de México, el 18 de febrero del 2002, para saber si se había producido algún cambio, teniendo en cuenta que ya había transcurrido un cuarto de siglo después de la aparición del artículo de aquel estudiante de medicina, Julio Frenk. El periodista señala que las condiciones del lugar en el año 2002, poco habían

cambiado. Se le abrieron las puertas del patio principal, donde pudo observar pacientes desnudos, deambulando o tirados en el piso, quemados por el sol, excrementos embarrados y agua tirándose.

A esta área del hospital psiquiátrico *La Salud*, se le conoce como el *pabellón G*, donde son destinados los enfermos mentales crónicos, que son considerados irrehabilitables para la Institución. Aquí, los pacientes están aislados, no cuentan con las mínimas condiciones de mobiliario para poder sentarse, o peor aún, en los sanitarios no corre el agua, y por tanto, el olor es insoportable.

En agosto del 2003, se realizó otra visita al lugar, López-Portillo señala que el Hospital Psiquiátrico *La Salud* presenta un mejor aspecto, sin desaparecer las carencias. En el caso del *pabellón G*, el Dr. Carlos Tejeda, director de este hospital psiquiátrico, explicó al periodista que ese pabellón ya había desaparecido: “Se abrió este pabellón, se abrió por completo y estos enfermos fueron repartidos en otros pabellones, donde se adaptaron en contacto con los otros enfermos.” (Guillermo López-Portillo: Las puertas del infierno. Tercera parte. México, Guión de televisión, Agosto 13 del 2003).

Lo anterior responde a la intención de emprender una reforma para ya no crear grandes hospitales psiquiátricos por parte de la Secretaría de Salud, en lo que va del presente sexenio presidencial (2001-2006).

El Dr. Guido Belsasso explica al periodista López-Portillo: “Estamos estudiando en un proceso muy intensivo de re-diagnóstico, de revaloración, de su capacidad de rehabilitación y reinserción social, para poder dentro de un sistema más humanitario tratarlos y ayudarlos a salir adelante.” (Guillermo López-Portillo: Las puertas del infierno. Tercera parte. México, Guión de televisión, Agosto 13 del 2003).

¿Cambiar a la Institución para lograr cambios?

Sigo insistiendo, México puede ofrecer una cultura de la enfermedad mental: se cuenta con el respaldo de una Institución pública como lo es la Secretaría de Salud, que subvenciona políticas y programas en materia de Salud mental; lo que significa, una infraestructura física (hospitales), administrativa (recursos económicos, materiales, técnicos y humanos), reconocidos por una legislación federal. Pero, ¿en verdad, los esfuerzos hasta el momento alcanzados permiten promover una calidad de vida a los enfermos mentales? y ¿se ha logrado por fin una imagen de tolerancia y respeto a nivel social en función a este tipo de población?

Se tienen que reconocer los avances cuantitativos de la Secretaría de Salud, que finalmente ha logrado construir una estructura institucional regia y organizada. De tal manera, que el sistema hospitalario con respecto al área de salud mental y psiquiátrica, ya no le hacen falta más edificios, camas, consultorios, equipo técnico, etcétera.

Lo que en realidad, en el presente hace falta de manera urgente, es poner mayor atención en tratar con el tiempo, de mejorar los servicios de atención, de acuerdo con las necesidades reales de cada enfermo mental ubicado en el lugar de paciente, y por tanto, como principal beneficiario de la Institución.

No por el hecho de que ocupe un tiempo determinado en un consultorio, utilice una cama de hospital, reciba alimentos, se le proporcionen las medicinas o se le brinde algún tipo de tratamiento médico especializado. En fin, que haga uso de las instalaciones y servicios hospitalarios de acuerdo a su estado físico y mental, conforme a su derecho como beneficiario al sector salud público. Estas circunstancias no deben obligarlo a ser tratado como un objeto de laboratorio; verse disminuido a un ser irreparable por el cuerpo médico o, por parte de quienes presten sus servicios y tengan contacto con esta población.

Esta serie de problemas no se resuelven vía gasto público o como un dato más para formar parte de la estadística censable de la Secretaría de Salud. Esto corresponde a una postura de respeto y sensibilidad humana que se han perdido en las jerarquías y niveles de servicio de los hospitales psiquiátricos.

Si el señor Julio Frenk en 1976, aún cuando era estudiante de medicina decidió exponer las condiciones de trato hacia los enfermos mentales en ese hospital. Ello explica que en agosto del 2003, ya en su lugar de Secretario de Salud pidiera una evaluación general de los servicios en las áreas de salud mental y psiquiátrica. Para tal labor, Frenk solicitó a cinco expertos en psiquiatría a nivel internacional, reconocidos por la OMS (*Organización Mundial de la Salud*) y la OPS (*Organización Panamericana de la Salud*). El resultado se refleja en un documento denominado "*Evaluación de servicios de Salud Mental en la República Mexicana*", donde se señala que el periodo comprendido de actividades fue desde el mes de octubre del 2002 hasta mayo del 2003. Es de hacer mención que este documento aún no ha sido dado a conocer de manera pública por la propia Secretaría de Salud, sino que esta fuente fue obtenida de manera confidencial por el noticiero que promovió la investigación del periodista López-Portillo.

El documento resalta la urgente necesidad de mejorar los servicios de atención en las áreas de salud mental y psiquiatría. En el caso del área de salud mental las observaciones y recomendaciones, resultaron mas o menos con un cierto nivel de reconocimiento. Ya que, la atención que se presta opera en la comunidad, bajo un modelo de atención primaria, con énfasis en la promoción de salud mental y prevención primaria. Es decir, "ofrecen un servicio ambulatorio de calidad a pacientes de todas las edades, brindan apoyo a los miembros de sus familias que los cuidan, enseñan atención de salud en las escuelas, a funcionarios públicos tales como policías y bomberos. Toman medidas preventivas como asesorar sobre las relaciones materno-infantiles o entre padres e hijos. Insisten en

la reducción del alcoholismo y la violencia en el seno familiar.” (OMS-OPS: Evaluación de servicios de Salud Mental en la República Mexicana. México, Junio 2003, p. 5). Se reconoce que estos programas no resultan ser costosos y son bien apreciados por los *usuarios* y sus familias.

Existe un espacio medio entre los servicios primarios de salud mental en la comunidad y la hospitalización psiquiátrica para la atención exclusiva de enfermos mentales: El trato y manejo de pacientes psiquiátricos en Hospitales Generales a través de sus servicios de urgencias y hospitalización. Esto fue visto con gran entusiasmo por parte de la comisión internacional, ya que consideraron que la atención en este tipo de hospital es buena, no representa grandes dificultades y el personal de enfermería estaba capacitado; de este tipo de pacientes sólo el 10% era canalizado al hospital psiquiátrico. Por desgracia, este tipo de alternativa de servicio no está desarrollado en todo el territorio mexicano, salvo en el Estado de México y en Tabasco.

En el caso de los comentarios en torno a la situación de la atención de los servicios localizados en los hospitales psiquiátricos, plasmado en el documento, la comisión internacional fue definitiva: “los hospitales psiquiátricos visitados fueron, con una sola excepción, muy decepcionantes.” (Op. Cit., p. 6).

De manera general, la mayoría de los hospitales psiquiátricos presentan cinco principales series de deficiencias:

1. Las personas con trastornos mentales están mal atendidas y en instalaciones en deplorables condiciones generales.
2. Hay insuficiente respeto a los derecho humanos, privacidad y necesidades personales de los pacientes.
3. Los sistemas de seguridad y de cierre de puertas son más importantes que la atención clínica.
4. Se mezclan usuarios con padecimientos diferentes, como psicóticos con retrasados mentales.
5. Los programas de rehabilitación son inadecuados.

Hugo Cohen, asesor en psiquiatría de la Organización Panamericana de la Salud (en entrevista con el periodista López-Portillo), menciona al respecto: “No se recomienda ni se reconoce más al Hospital psiquiátrico, porque lo que hace es reforzar esa marca y ese estigma e impide la rehabilitación, y la vuelta a la comunidad de esa persona.” (Guillermo López-Portillo: Las puertas del infierno. Cuarta parte. México, Guión de televisión, Agosto 14 del 2003).

Esta realidad, bien se puede constatar por medio de algunos de los registros que manejan las áreas administrativas de cada uno de los hospitales psiquiátricos, con ello se pretende llevar un control del tiempo aproximado de internamiento por cada uno de los pacientes internados. Veamos algunos ejemplos; lo que se esta presentando no refleja la estadía de pacientes de manera individual, sino de manera global, para dar una idea más clara de las edades promedio de la población y el tiempo promedio de hospitalización. Los datos proporcionados en siguiente cuadro representan a la población existente en estos hospitales psiquiátricos en el año 2003.

Cuadro 6

Estado de la República Mexicana	Hospital Psiquiátrico	No. de pacientes hospitalizados	Edad promedio	Años de hospitalización
Aguascalientes	Centro de Neurosiquiatría de Aguascalientes	26 pacientes	22 a 71 años	5 a 32 años hospitalizados
Baja California	Centro de Salud mental/Baja California Norte	10 pacientes	20 a 49 años	11 a 16 años hospitalizados
Durango	Hospital Dr. Miguel Vallebuena/Durango	46 pacientes	25 a 84 años	5 a 28 años hospitalizados
Estado de México	Hospital Adolfo M. Nieto/ Estado de México	165 pacientes	20 a 98 años	5 a 49 años hospitalizados
	Hospital La salud Tlaxoteatl/Estado de México	148 pacientes	28 a 93 años	5 a 43 años hospitalización
	Hospital José Sáyo/Estado de México	183 pacientes	20 a 86 años	5 a 52 años hospitalizados
Distrito Federal	Hospital Dr. Samuel Ramirez Moreno/D.F.	170 pacientes	20 a 90 años	5 a 41 años hospitalizados
Guanajuato	Hospital de Guanajuato	62 pacientes	20 a 91 años	10 a 58 años hospitalización
Jalisco	Instituto Jalisciense de Salud Mental	184 pacientes	15 a 87 años	5 a 55 años hospitalizados
Nuevo León	Hospital de Nuevo León	28 pacientes	27 a 85 años	5 a 55 años hospitalizados
Oaxaca	Hospital Cruz del Sur/ Oaxaca	22 pacientes	30 a 70 años	6 a 39 años hospitalizados
Puebla	Hospital Dr. Rafael Serrano/Puebla	203 pacientes	22 a 90 años	5 a 36 años hospitalizados
Tamaulipas	Hospital de Tampico	9 pacientes	43 a 80 años	5 a 35 años hospitalizados
Veracruz	Unidad Hospitalaria de Salud Mental/Veracruz	8 pacientes	27 a 55 años	5 a 16 años hospitalizados
	Hospital Victor M. Concha/Veracruz	47 pacientes	27 a 69 años	8 a 43 años hospitalizados

La OMS y OPS hacen ver en el informe a la Secretaría de Salud que la solución ante estos problemas no consiste en cambiar los hospitales psiquiátricos existentes con edificios nuevos de mejor diseño en los mismos terrenos, ya que perpetúa el aislamiento de los pacientes y la estigmatización de los servicios psiquiátricos. Es decir, siempre existe el peligro de la "transinstitucionalización" por lo que cualquier estructura nueva puede "manicomializarse". Por

eso resulta urgente y necesario cambiar primero las prácticas y luego la infraestructura. Los esfuerzos deberán orientarse hacia un “*contexto no institucional*”.

Un ejemplo de este esfuerzo por buscar una alternativa de rehabilitación fuera del hospital psiquiátrico, se pudo encontrar en el campus “*Villa Ocaranza*”, donde se ha desarrollado un nuevo tipo de servicio y atención a nivel comunitario, dirigido a pacientes que previamente habían estado internados en el hospital psiquiátrico de la localidad. Se le reconoce bajo el nombre del programa “*Modelo Hidalgo*”.

El antiguo hospital “*Fernando Ocaranza*”, ubicado en el estado de Hidalgo, llegó a albergar en sus pabellones hasta 387 enfermos mentales, a lo largo de 32 años. Muchos de estos pacientes tenían como antecedentes el haber estado internados también en el manicomio “*La Castañeda*”. Entonces se podrá comprender, que para varios de ellos, su existencia se limitaba a dos aspectos: sobrevivir al encierro del manicomio o simplemente esperar la muerte.

En el 2001, se clausuró el Hospital “*Fernando Ocaranza*” tras un movimiento político generado un año antes, “...la idea nació en el año 2000 como una propuesta de la Secretaría de Salud, de la Fundación Mexicana para la rehabilitación de personas con enfermedad mental y, del gobierno del estado, con la intención de rehabilitar a los pacientes brindándoles atención integral y de calidad, además de capacitarlos para lograr su autonomía y reinserción a la sociedad.” (Lourdes Godínez: Conflictos internos en la SS por hospitales psiquiátricos. México D.F., Cimac, noticias.com., jueves 5 de junio de 2002, hoja 2).

La reubicación no se hizo esperar, alrededor de 120 pacientes del viejo hospital fueron trasladados a otros hospitales psiquiátricos, mientras otros 200 pacientes fueron reubicados en las nuevas villas Ocaranza, dependientes del gobierno del Estado de Hidalgo.

El informe de la OMS y OPS otorga una consideración especial al llamado “*Modelo Hidalgo*”: “El campus es un magnífico escenario, agradable y espacioso, con varias villas próximas una a otra, cada una de las cuales lleva el nombre de una flor. Todas tienen el mismo diseño arquitectónico, con varias alcobas de tres a cuatro camas y baño propio. En el centro de cada villa hay cocina, comedor y sala de estar. Algunos pacientes ayudan a preparar la comida. Los residentes estaban visiblemente orgullosos de sus habitaciones y mostraron sus camas y vestuarios. Expresa una *excelente* humanización.” (OMS-OPS: Ibid., p. 9).

Sin embargo, también se señalan ciertas objeciones a este proyecto:

1. El campus se encuentra en un lugar alejado de toda comunidad residencial, no hay tránsito de transporte público y las oportunidades de trabajo remunerado en la comunidad son inexistentes. Los residentes de villa Ocaranza por tanto, quedan a merced nuevamente del aislamiento, como cuando vivían en el hospital psiquiátrico.
2. Aun cuando el diseño de las villas resulta hogareño, se detectó que muchos de los usuarios bien podrían recibir en la comunidad los cuidados que requieren.
3. También, se observó que existen dentro de esta población de usuarios una alta proporción aquejada de dificultades de aprendizaje y con mayor o menor grado de retraso mental. Se repite entonces, aun en este centro, el problema de mezclar pacientes con retraso mental, otros con problemas orgánicos y otros con padecimientos de psicosis.
4. Debe tenerse en consideración, que en lo futuro el hospital Villa Ocaranza se contempla como una unidad de ingreso. Lo que minimiza la importancia del hospital general de esa localidad, para ser utilizado como espacio para tratar e internar en un tiempo de corta duración a pacientes psiquiátricos agudos. Por tanto, las villas Ocaranza sólo deberían ser ocupadas como un lugar exclusivo para la rehabilitación social. Alcanzando así la meta de preparar a los usuarios para su pronta reintegración al mundo social, de regreso a su comunidad.

La Villa Ocaranza desde el punto de vista organizativo, trata de brindar apoyo, atención y servicios a través de los departamentos de base corporativa en Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, lo que rompe con la visión institucional de los departamentos funcionales, como son costumbre en los hospitales psiquiátricos tradicionales.

Debe reconocerse al final, evaluando los beneficios y limitaciones de esta nueva modalidad de servicio psiquiátrico como un primer paso para cuestionar la funcionalidad del sistema asilar como tipo de servicio y atención predominante en nuestro país. Todavía, se tendrá que seguir trabajando y evaluando los avances en Villa Ocaranza, siendo que la OMS y OPS la califican en un nivel muy distante, para lo que ellos consideran un enfoque de psiquiatría comunitaria. Lo que para ellos resulta que el costo de inversión que destina la Secretaría de Salud hacia este lugar sea todavía muy elevado.

El director de Villas Ocaranza-Hidalgo, Dr. Alejandro Islas defiende este espacio en entrevista con el periodista López-Portillo: “No hemos tenido ningún incremento en el presupuesto, en nómina, en nada, seguimos laborando con el mismo personal y el mismo presupuesto que laboraba el hospital

psiquiátrico.” (Guillermo López-Portillo: Las puertas del infierno. Quinta parte. México, Guión de televisión, Agosto 15 del 2003).

La administración de Villa Ocaranza gasta en promedio diarios por *usuario* una inversión de \$542.49, si esto lo multiplicamos por 30 (que corresponden al total de días del mes) resultaría un total aproximado a \$16,274.70.

Pero, a comparación con otros hospitales psiquiátricos que reciben un presupuesto un poco mayor o menor, deberíamos preguntarnos si realmente ese dinero se invierte en cada paciente. Siendo que la calidad de vida de los pacientes en esos centros hospitalarios es de un nivel infrahumano, como bien mostró el periodista López -Portillo en agosto del 2003.

O bien, para quien no este todavía convencido de lo alarmante del problema, que siga creyendo que es por la falta de recursos económicos en este rubro, y no quiera reconocer que la situación gira en cómo se gasta, o en palabras más sencillas: ¿adónde va a parar ese dinero?. Una realidad, que ya no se puede seguir negando como resultado del oscuro manejo del dinero que se destina a estos centros. Veamos unos ejemplos de inversión en hospitales psiquiátricos públicos reportados en Noviembre del 2002 (cuadro 7), y luego, compárese con la inversión efectuada en Villas Ocaranza junio del 2003 (ver cuadro 8).

Cuadro 7

Estimación del costo diario por paciente en los Hospitales psiquiátricos Campestres del Estado de México y Distrito Federal				
Disponibilidad Económica	Hospital Granja La Salud Tlaxoteotl \$	Hospital Psiquiátrico José Sáyo \$	Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto \$	Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez M. \$
Presupuesto Anual	28'719,769.00	40'791,590.00	33'420,346.00	67'925,762.00
Servicios de Personal	19'336,212.00	27'530,417.00	23'979,098.00	44'246,416.00
Gastos de Operación	9'336,060.00	13'208,984.00	9'441,248.00	23'143,263.00
Gastos de inversión	47,497.00	52,189.00	Nd*	536,083.00
Costo diario por paciente	407.69	469.57	654.02	664.64
Costo mensual por paciente	12,230.70	14,087.10	19,620.60	19,939.20

* No disponible

Fuente: información proporcionada directamente por el área administrativa de cada uno de los Hospitales Psiquiátricos, durante las visitas realizadas por el equipo de investigación de noticieros "Televisa" realizadas en Noviembre del 2002. Los datos corresponden al ejercicio Fiscal del año 2000.

Cuadro 8

VILLA OCARANZA			
COSTO DIA CAMA GLOBAL 120 CAMAS CENSABLES MES DE JUNIO 2003			
Concepto	Total mensual \$	Costo día \$	Total
Salarios	1,630,480.91	452.91	
Contratos	14,099.50	3.92	
Útiles de Oficina	3,322.32	0.92	
Limpieza	9,700.00	2.69	
Alimento de Persona	142,406.61	39.56	
Combustibles	11,046.42	3.07	
Otros Servicios	141,901.27	39.42	
Total	1,952,957.03	542.49 x 30 =	16,274.70

La OMS y la OPS señalan al respecto de la inversión económica que realiza la Secretaría de Salud:

“El problema no es una cuestión de falta de recursos. Hay carencia en algunos lugares pero hay otros no bien aprovechados. Lo que se precisa con urgencia es:

- ° Tener un diseño.
- ° Decidir qué cabe y qué no cabe en el diseño.
- ° Ejecutar un proceso de estandarización, acreditación y supresión de aquellos programas y servicios que se sitúan fuera del diseño.
- ° Asegurar que el subsistema de Salud Mental cuente con una jerarquía y una autoridad que la aplique.
- ° La recomendación específica para los hospitales psiquiátricos es que deben ‘**entregar el poder**’. Deben distribuirlo, compartirlo y ponerlo al servicio de los usuarios y sus familiares, no al servicio de la supervivencia de la Institución.” (OMS-OPS: *Op. Cit.*, p.18).

La posibilidad de acceder a una transformación al interior de la Institución psiquiátrica pública requiere nuevos compromisos político-sociales. El Estado ha hecho un esfuerzo por reconocer la crisis burocrática en que se encontraba hasta ese momento los hospitales psiquiátricos públicos a nivel nacional como consecuencia del mal manejo administrativo de los funcionarios. Aún cuando por mucho tiempo se trato de mantener de manera disimulada sus efectos devastadores se vieron reflejados al interior de la Institución psiquiátrica pública a nivel material, económico y humano, no

pudiendo sostenerlo más. Lo más grave de este asunto, es que se dio a conocer de manera interna por medio de un informe realizado por Organismos Internacionales las condiciones de vida infrahumana y el trato denigrante en que se mantenía a una gran población de enfermos mentales en calidad de beneficiarios en los hospitales psiquiátricos del país, bajo la excusa de ser seres sin esperanza de curación ni reintegración al mundo social. Las críticas no se hicieron esperar por parte de la comisión internacional que lanzó un llamado de atención para que se llevara a cabo una urgente transformación del sistema asilar en México; si es que en verdad, el gobierno y la burocracia tienen conciencia de su compromiso social sin temor al cambio, de dejar atrás las viejas prácticas de poder que sólo han puesto en riesgo la vida de seres humanos, los cuales han estado bajo su control, con la única intención de justificar la sobrevivencia de dicha Institución.

iii) Entregar el poder: Condición preliminar para una reforma institucional psiquiátrica pública en México.

¿Qué impacto puede tener esta propuesta de transformación administrativa y política de la Institución psiquiátrica pública en México? Definitivamente, es pedir en principio un cambio radical en el modelo institucional, basado en el hospital psiquiátrico, sustituyéndolo con el tiempo por el modelo comunitario. La OMS y la OPS comentan en el informe que la implementación del modelo comunitario tendría como resultado prometedor la disminución del gasto de inversión estatal y una apertura necesaria hacia la sociedad. Lo que se espera también es que la población de enfermos mentales que hasta ese momento se encontraban recluidos en los hospitales psiquiátricos públicos de manera indefinida, se les prepare de manera terapéutica y clínica para ser trasladados a los centros comunitarios por tiempos determinados con la intención de prepararlos para su reintegración familiar y social.

El “Plan Operativo” que sugiere la OMS y la OPS pide primero se trabaje a un nivel de prácticas; luego, cambiar la infraestructura. De esta manera, se recomienda que las autoridades organicen para llevar a cabo una investigación para saber las necesidades reales de salud mental de los ciudadanos a nivel nacional, por cada estado de la República, ello fomentará la cooperación entre gobiernos federales y de los estados. Se señala que el máximo de tiempo que debe brindarse a esta actividad será no mayor a 2 años.

Con la información del punto anterior, se podrá entonces decidir “el número pertinentes de camas, en los hospitales generales y los lugares en la comunidad correspondientes [...]” (*Ibid.*, p. 14).

Además, esta práctica pretende beneficiar la imagen del hospital general como espacio alternativo del hospital psiquiátrico. Por ejemplo en períodos de crisis de los pacientes para que se recuperen

con el apoyo del servicio psiquiátrico, servicios de medicina general y/o especializada, para investigar a fondo si su problema deriva de otras causas o no, o si es necesario simplemente hacer un seguimiento de cómo lleva el manejo de sus medicamentos. Si los usuarios requieren de estancias más largas, debe contemplarse una duración de tiempo mínimo de 2 semanas y no mayor a 2 meses. El lugar debe considerarse como “un pabellón psiquiátrico pequeño, de unas 15 plazas, anexos al hospital general.” (Ibid., p. 15).

Otras opciones complementarias para la hospitalización se encuentran las siguientes (se cuenta con la experiencia de Italia y Argentina, para que en lo futuro si el gobierno mexicano lo requiere, los organismos internacionales ofrecen asesoramiento para la implementación de estos programas de hospitalización y atención comunitaria):

°Hospitalización parcial (día o noche).

°Hospitalización domiciliaria donde sea factible.

°El desarrollo o la *adaptación* de programas de tratamiento asertivo comunitario.” (Ibid., p. 13).

Por otro lado, debe investigarse los perfiles de los usuarios que se encuentran todavía en los hospitales psiquiátricos, para ser trasladados a la comunidad. En el caso de las personas con deficiencias mentales y aquellas con problemas orgánicos deben “ser objeto de programas especiales de atención y cuidados.” (Ibid., p. 15). Con lo que se debe crear un plan que contemple “alternativas comunitarias a la hospitalización a tiempo completo que incluya programas de reclutamiento y capacitación de recursos humanos, análisis de previsión de costos, etc.” (Ibid., p. 14).

Además, la rehabilitación psico-social se delimita en aspectos muy sencillos. Lo que se pretende en este nivel de trabajo y atención, que se motive la preparación de los enfermos mentales para acceder a una vida como personas fuera del espacio hospitalario psiquiátrico, ello se vea respaldado con la creación de una “red de apoyo” estructurada de la siguiente manera:

°*Hogar alternativo*. La disponibilidad de un hogar alternativo, suficientemente digno y para el número de usuarios que lo requieran en todo el país: hogares parciales, departamentos supervisados, atención familiar, etc. Este es un tema capital para que pueda funcionar el resto del modelo. En este sentido, debería ser prioritario establecer la definición de fines de las camas residenciales, su tipología, su tamaño máximo, su distribución territorial, cómo se las va a financiar, qué dotación de personal van a tener y con qué capacitación, y un plan de desarrollo en términos cronológicos.

°*Ocupación*. La consideración en cómo ‘emplear el tiempo’ de una manera constructiva para el individuo o su entorno, poniendo el énfasis en un programa de rehabilitación comunitaria. Ello incluye:

- I. El acceso realista al trabajo. Es necesario iniciar el desarrollo progresivo de iniciativas de empleo real protegido para los pacientes cuyo progreso haga posible un trabajo remunerado y elaborar programas de orientación vocacional y capacitación profesional.
- II. El uso del tiempo libre para ocio y cultura.
- III. El uso de los clubes sociales es útil, así como la existencia de grupos de la comunidad y las actividades de ONGs que deben ser invitadas a colaborar más específicamente en el área de salud mental.

°*Red social*. La posibilidad de establecer una red social en torno a los usuarios que carezcan de ella: la existencia de diversos grupos de apoyo y personas acompañantes para ayudar a que la persona se integre a su medio.” (*Ibid.*, pp. 13-14).

La OMS y la OPS estiman que si el Estado toma como suyo este proyecto y lo promueve a través de la Secretaría de Salud, el tiempo más o menos estimado para ver resultados concretos, serían en unos cinco años.

Aun así, con todos los obstáculos por enfrentar sobre todo la resistencia que surja por parte de la Institución psiquiátrica pública asilar poco a poco se podría hacer conciencia de la necesidad de abrir estos espacios hospitalarios y brindar otro tipo de atención y servicios a los enfermos mentales, dirigido en un sentido más humanizado para devolverles la posibilidad de tener una vida digna, con el apoyo y la responsabilidad social y familiar.

Aquí, el sentido es retornar a los beneficios que puede brindar el contacto con la comunidad a los enfermos mentales, recuperar su imagen de personas que aun con distintas capacidades bien pueden aprender a cuidarse de sí mismas, con el apoyo de las personas que convivían con ellos. El trabajo de los profesionales (médicos generales, psiquiatras, enfermeras, psicólogos, técnicos y profesionales en rehabilitación, trabajadores sociales, sociólogos, etc.) en este caso es fundamental para erradicar la idea de que un enfermo mental es una carga social, un ser peligroso e incapaz de valerse por sí mismo, un ser enfermo, decadente y que por tanto, no merece vivir como cualquier persona.

Por otro lado, la sociedad sobre todo la familia deben tener una actitud más tolerante y comprometida, a aprender a tratar de otra manera a su familiar que padece algún tipo de enfermedad mental, preocuparse por su salud y bienestar, esforzarse por estar a su lado durante los períodos de

crisis y rehabilitación, superando la creencia que el mejor lugar para un enfermo mental es el hospital psiquiátrico que termina con su abandono.

“Hay que evaluar el nivel de discapacidad de las personas identificadas en las encuestas domiciliarias. En caso de necesidad, deben ser remitidos a programas de día desarrollados en la comunidad local para los centros de salud mental. En dichos programas, deberán enseñarles cómo cuidar de sí mismos, a responsabilizarse de actividades domésticas y cómo tomar la medicación. Quienes deseen llegar a tener un trabajo remunerado, deberán participar en programas de adiestramiento para el trabajo. Se animará a los miembros de la familia que cuidan a estas personas a que se incorporen a grupos organizados [...]” (*Ibid.*, p. 16).

Hay que recordar cómo emergió el caso de la reforma psiquiátrica italiana para darnos cuenta de ciertas condiciones semejantes de crisis al interior de la Institución psiquiátrica de aquel país con el nuestro. Y que aun cuando parecía imposible que el movimiento antipsiquiátrico italiano pudiera en aquella época lograr convencer de la urgente necesidad social de recuperar a los locos en un retorno al mundo social, por el hecho de que la Institución psiquiátrica de ese momento utilizaba a la población enferma mental para justificar su mantenimiento político y económico, apoyado por el Estado. Al final, se accedió a la reforma psiquiátrica con la ley 180 que establecía el cierre de los hospitales psiquiátricos que estaban en condiciones de asilos, dirigiendo sus esfuerzos hacia la apertura de comunidades terapéuticas, algo similar a lo que se intenta promover en México, su autor intelectual, Franco Basaglia (1924-1980).

“La antipsiquiatría italiana cobró significación en un contexto muy particular: el de una psiquiatría que, bajo el régimen fascista, se había mantenido completamente estática y represiva. La asistencia a los enfermos mentales seguía regida por la ley de 1904, que confería lo esencial del poder no al psiquiatra sino a la policía y a la magistratura. Esta ley se hizo más rígida aún durante el período fascista. En 1930, Rocco, ministro de Justicia, impuso la palabra internación en el expediente judicial. Fue tanto como asimilar a la enfermedad mental a los crímenes y delitos. La dependencia con respecto al poder, la rigidez burocrática del funcionamiento de la institución hicieron de los hospitales psiquiátricos lugares de exclusión.

A comienzos del decenio de 1960, con la llegada de los socialistas y la democracia cristiana al gobierno, la cuestión de la psiquiatría salió del congelador. Se establecieron contactos con los psiquiatras franceses en Nápoles en 1963, en Bolonia en 1964 y en Courchevel en 1968. Se habló de “sector” y de psicoterapia institucional. También los psiquiatras italianos querían salir del asilo y comenzaron a organizarse varios ensayos. Pero el modelo francés no fue adoptado finalmente. El ala progresista de la profesión, que lo consideraba demasiado conservador, temía una ‘psiquiatrización’ de la sociedad, por no hablar de encasillamiento policiaco.

En 1963 comenzó la experiencia de Gorizia, bajo el impulso de Franco Basaglia. Había nacido la antipsiquiatría italiana. Su leimotiv fundamental fue la destrucción del asilo, considerado punto de convergencia de las contradicciones de la sociedad capitalista. Originario de Venecia, Basaglia trabajó en la clínica neuropsiquiátrica de la Universidad de Padua. Como muy pronto tuvo conflictos con el sistema, fue desterrado a Gorizia. Nombrado director, observó por primera vez la miseria y la violencia del asilo, y la psiquiatría se identificó en lo sucesivo, para él, con el universo carcelario. Entre sus viajes al extranjero, la etapa más importante fue la visita a la comunidad terapéutica de Maxwell Jones, en Londres. De regreso a Gorizia, formó equipo de trabajo y transformó el viejo asilo al instituir una vida comunitaria, en un clima de activismo militante. Se llevó a cabo trabajo considerable bajo signo de la liberación. Con sus colaboradores, publicó en 1967 ‘¿qué es la psiquiatría?’. La pregunta quedó en suspenso. Nada se podía decir de la ‘enfermedad mental’, puesto que no se conocía la parte correspondiente a la enfermedad iatrogénica. Lo mejor era dejar la pregunta entre paréntesis. Desde ese momento, el concepto de ‘enfermedad’ se deslizó hacia la marginalización; los enfermos mentales se equipararon a los pobres, los desheredados, los condenados de la tierra; todos, más o menos víctimas de una sociedad egoísta, en la que los más fuertes descargan su violencia sobre los más débiles. Un paso más lo constituyó la aparición de la ‘Negación de la institución’ (1968) y el término del análisis desembocó en la negación de la institución, aunque fuese una ‘comunidad terapéutica’. No al sector, no al psicoanálisis, no a la comunidad; en esta evasión hacia adelante, lo único que quedaba por hacer era mezclarse, encabezando la cohorte de los marginados, en las luchas sociales y políticas. [...] En 1978 se llegó al epílogo de la aventura. Una comisión parlamentaria global, en la que estuvieron representados todos los partidos, aprobó la ley 180, que integró la psiquiatría en una reforma sanitaria global. Desapareció el armazón política-policíaco de la ley de 1904. La psiquiatría volvió al regazo de la medicina y de los organismos sociales sobre la base de una organización territorial muy descentralizada. [...]” (Jacques Postel y Claude Quézel: Nueva Historia de la Psiquiatría. México, FCE, 2000, pp. 341-344).

La tesis central de la antipsiquiatría es la de rechazar el concepto tradicional de enfermedad mental como anomalía biopsíquica, para ubicarlo dentro de un contexto económico e histórico-social.

Podemos sintetizar así algunos de los postulados de esta corriente de opinión:

- a) Rechazo al modelo médico tradicional aplicado a la psiquiatría y del manicomio-asilo, autentico productor de trastornos irreversibles.
- b) En su formación, el psiquiatra, debe de estar preparado para luchar contra el sistema que permite las condiciones nefastas de la actual asistencia.
- c) El enfermo mental no es un ser anormal que deba ser cambiado, sino la víctima inocente de un sistema patógeno que proviene de un medio que manifiesta constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad (malestar de la cultura).
- d) La enfermedad mental es una invención oportunista y opresiva de la sociedad y de la psiquiatría. La familia y el grupo, después de perturbar a ciertos sujetos, los declara enfermos y los "aniquila" con el tratamiento.
- e) La psiquiatría tradicional es un simple mecanismo de represión; constituye una disfrazada violencia oficial (o institucional).
- f) No debe existir fronteras -y menos amenazantes- entre personal y paciente, entre salud y locura.
- g) La esquizofrenia es la consecuencia de toda una serie de represiones perpetradas por la familia y la sociedad. A esta violencia le siguen los procesos de relegación que desemboca en la institución psiquiátrica.
- h) Más que "la locura", merece cuestionamiento el lugar social en que "se desarrolla la enfermedad".

Los antipsiquiatras reconocieron la existencia de muy pocas enfermedades mentales de origen orgánico (encefalitis, etcétera), pero aun en tales casos, prefieren hablar de *enfermedades orgánicas*, las demás serían más bien *actitudes del individuo juzgadas sobre criterios éticos y culturales, vividas por él con un lenguaje propio* al cual recurre en busca de calor humano y que no halló por otros caminos.

Por ejemplo, Basaglia afirma que la ciencia está íntimamente ligada a la política, y como el técnico haciendo su trabajo, esta haciendo política y no ciencia⁵¹. Con esto no se pretende decir que los psiquiatras sean carentes de formación, sino que tienen que aceptar que se han equivocado y que tienen que salir de ese error, tratando de hacer a un lado a esa fantasía de la omnipotencia, que es lo que no les permite mirar desde otra perspectiva. A lo que se debe aspirar es favorecer el desarrollo personal de quien carga con el estigma de ser *loco, anormal, demente* tras el deseo del otro; meta que por supuesto no aparece en la lista de la psiquiatría médica, para que lo único importante es que ningún enfermo se quede fuera de la clasificación nosológica. Este es error al que nos referimos y el

⁵¹ Franco Basaglia: *Razón, locura y sociedad*; México, Siglo XXI, 1978, p. 25.

cual no se quiere superar. ¿Por qué? La respuesta esta sujeta a un costo socioeconómico más que a otras condiciones. No hay que olvidar que la organización psiquiátrica continua al servicio de unos intereses sociales reconocibles a pesar de los progresos puramente tecnológicos que intentan suavizar su aspecto y dejar a tras su historia.

Aquí, lo importante es destacar que el considerar la posibilidad de retornar a los locos a la vida social, significa primero la necesidad de re-orientar el sentido del trabajo de los profesionales en dicho servicio, para que a su vez ellos, en esta conciencia permitan con el tiempo la liberación de los enfermos mentales y recuperen el sentido de su vida, pese a sus circunstancias personales. Franco Basaglia explicó en una entrevista que se le realizó en Trieste (Italia), durante el Tercer congreso de la Red para una opción alternativa a la psiquiatría, en septiembre de 1977:

“El psiquiatra es el funcionario del consenso del poder, uno de los funcionarios de este consenso. Nosotros rechazamos este papel. Y queremos dar al conjunto de los demás otra opción a la vida.

Podemos crear una situación alternativa si todos los que representan un papel análogo quieren igualmente una situación alternativa. De este modo podemos llegar a una verdadera revolución. Porque las respuestas prefabricadas de los psiquiatras son siempre respuestas de control de tutela.

Porque la psiquiatría ha sido siempre política, porque el psiquiatra tradicional siempre ha sido una persona al servicio del poder para controlar la imaginación social enferma. Rechazamos esto y queremos dar una respuesta a la vida, independiente de la enfermedad. Ésta es la cuestión. Rehusamos la división del trabajo entre la enfermedad y la salud, porque no somos los trabajadores de la enfermedad, como las personas que trabajan en la salud no deben ser los trabajadores de la salud. Debemos ofrecer a la gente la posibilidad de que tome conciencia de la vida a través de la crisis de la enfermedad. Es nuestro fin. Queremos destruir el hospital. Porque el hospital es la situación en que se priva de la historia a la enfermedad, es decir, al hombre. La persona ya no está en la historia y nosotros queremos situar en ella a las personas enfermas. Entonces la enfermedad adquiere un sentido, un sentido de vida.” (Jacques Adout: ¿Las razones de la locura? Una encuesta de radio de la Suiza francesa. [Tr. José Andrés Pérez Carballo], México, FCE., 1986, p. 415).

Ello viene a cuestionar el origen del pensamiento que obligó al ser humano a protegerse de la locura sin considerar a caso que su propia constitución humana lo impuso en un lugar de fragilidad ante dicha situación. Hoy podemos distinguir las cosas claras, pensar y actuar conforme a la razón, pero en cualquier momento, por cualquier causa podemos estar en el lugar de Estela o Patricia, sin darnos cuenta acceder a la locura. ¿Es justo entonces, que el resto del mundo nos situé en un lugar de sin entido, sin derecho a poder continuar viviendo aun pese la enfermedad mental?. Basaglia explica al respecto:

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

“Creo que la razón de la locura es la razón de la vida. La locura es una situación de la sinrazón. Pienso que la situación de sinrazón tiene también una posibilidad de vivir en la vida. Se toma a la loca y al loco y se les define como seres irracionales y no productivos. Entonces se les coloca en un gueto se les pone al margen, se les sitúa en ‘islas’, es la razón. No hay razón de la locura. La razón de la locura puede tener muchos orígenes. La génesis de la locura no es importante, puede ser psicológica, biológica y sociológica. Mañana yo puedo hallarme en un estado de confusión porque he comido pescado no comestible. O beberé vino, me emborracharé y me volveré loco.” (O. Cit., p. 416).

Por lo antes expuesto, se debe considerar un concepto diferente de cultura, que motiva a la sociedad a ver a los locos como personas que tienen derecho a ser tratadas con respeto y en libertad. Los elementos surgen de las políticas gubernamentales que se aplican en las instituciones psiquiátricas públicas y pretenden transformar la actitud social. Entendida como una re-orientación y re-educación para promover la reintegración de los enfermos mentales desde una visión diferente, como personas diferentes en sus capacidades pero por el hecho de ser seres humanos tienen el derecho y la necesidad de ser reconocidos por el entorno, pasando por el Estado, las instituciones y la sociedad, principalmente la familia de los locos con un compromiso ético y social. Esto se observa en un concepto de cultura más amplio que es tratado en el tercer capítulo.

Conclusiones.

Patricia Ramírez, mujer soltera de 34 años fue internada en un hospital psiquiátrico público. Su estancia en dicha institución la condiciona a dos situaciones, la primera, será considerada como *paciente* de psiquiatría al ser diagnosticada con alguna enfermedad mental. La segunda, debido al tiempo en que permanezca bajo el cuidado del hospital, será vista como *beneficiaria* del servicio psiquiátrico. Es decir, mientras ella permanezca internada en el Hospital Fray Bernardino, recibirá *todas* las atenciones necesarias para lograr controlar su enfermedad mental no importa que a ella le disguste la comida, que le obliguen las enfermeras a tomarse un sin fin de medicamentos, aún cuando ella misma crea que son cantidades excesivas, que el personal de limpieza o servicio interno le roben sus pertenencias, y que sienta el trato que recibe por parte de los médicos psiquiatras y residentes en psiquiatría sea impositivo, por ejemplo cuando se le pide en una entrevista pública que conteste una pregunta a cerca de su estado y ella quiera evadirla con una queja con respecto al servicio de la institución. Patricia tiene que acceder a este trato deshumanizado, ya que esa es la clave para entender la lógica de la política administrativa del hospital psiquiátrico público en nuestro país. Así es el trato administrativo que reciben los locos en México.

Cada día que pasa un paciente internado en algún hospital psiquiátrico público del país, éste genera gastos en alimentación, vestido, tratamiento en los servicios de medicina general y especializada, de laboratorio, cirugía y rehabilitación psicológica a nivel individual o de grupo, y todos aquellos

cuidados especiales que requiere. Al ser una Institución de índole pública, el gobierno federal destina un presupuesto anual para cubrir este tipo de necesidades sociales y de salud de la población. La Secretaría de Salud es la encargada de distribuir ese presupuesto, a través de 30 hospitales psiquiátricos repartidos en el territorio mexicano, las autoridades administrativas de cada centro hospitalario entonces pueden decidir y actuar en función de las prioridades de cada población de enfermos mentales, ya que tienen la posibilidad de repartir los recursos materiales, económicos y humanos diariamente, mensualmente, anualmente invirtiendo tiempo y dinero como *mejor crean conveniente administrar*, tales o cuales servicios, para la atención de la población que dependen de estos espacios. Es por eso que Patricia puede entrar y salir cuantas veces sea necesario para el cuidado y control de su enfermedad mental, ya sea en el Fray o en cualquiera de los otros 29 hospitales psiquiátricos públicos en el país. En todos se garantiza que recibirá *el trato administrativo* conforme a su situación. Ya que el gobierno a dispuesto que la política social en México en materia de salud sustentada en que ningún mexicano quede desprotegido, y de manera casi gratuita se atienden sus necesidades de salud a través de las Instituciones públicas, con servicios generales y especializados.

Lo que Patricia no sabe todavía, es que si ella expone sus quejas por maltrato y mala atención en manos del personal de este hospital psiquiátrico, no tiene mucha importancia en los oídos de los médicos psiquiatras que se hacen cargo de ella. Ya que el Fray Bernardino es considerado uno de los psiquiátricos públicos más modernizados en su atención. Patricia es una más de los 300 pacientes que se atienden en el área de hospitalización; contando además, que los médicos psiquiatras y la residencia atienden a unos 40 mil casos en consulta externa anualmente, por problemas de psicosis, depresión, y demencias seniles. Entonces, imaginemos el tipo de inversión administrativa que requiere este hospital para atender al tamaño de la población que acude a sus servicios. ¿Tiene algún sentido escuchar las quejas de Patricia por la mala comida y maltratos recibidos, o de la indiferencia con que se dirige hacia ella el médico psiquiatra que la trataba en ese momento de la entrevista pública?

Ella esta allí para que se le trate su enfermedad mental, como paciente y beneficiaria del servicio hospitalario especializado, no para que sea tratada como una persona que se da cuenta perfectamente del abuso de poder de estos *profesionales y funcionarios* al frente de esta Institución pública.

Sólo hasta tiempos recientes, se ha logrado que la Autoridad Administrativa de los hospitales psiquiátricos públicos, bajo el control de la Secretaría de Salud acceda a una evaluación por parte de organismos internacionales en salud para saber del estado de crisis burocrática en que se encuentran los servicios de salud mental en el país. La crítica no se hizo esperar por la situación en que se

encontraban los hospitales psiquiátricos, debido a que por sus condiciones atentaban contra la vida y dignidad de los enfermos mentales. No es que fuera ignorada dicha realidad, hasta cierto punto era tolerable tanto a nivel político como público, lo que sucede actualmente es a causa de la situación económica del país, el gobierno ya no puede seguir invirtiendo un presupuesto federal excesivo y de forma desigual en los estados de la República. Es por eso, que se pide consejo a la comisión internacional para saber de alternativas de atención que mejoren este rubro, y resulta más atractivo si se presenta como un programa que promete disminuir la inversión federal.

El modelo comunitario, que tiene la garantía de tener aceptación en Europa (que tuvo sus comienzos en Italia, con el movimiento antipsiquiátrico), trata de hacer conciencia social para abrir los ojos ante la realidad humana de los locos, que al ser personas sin razón se cree que ya no tienen derecho de vivir en el mundo social, obligándolos a internarse en los hospitales psiquiátricos, ya sea por un tiempo o toda una vida. La idea central para erradicar estas prácticas de exclusión social es por medio de desaparecer el sistema hospitalario psiquiátrico por ser espacios donde el riesgo de la burocratización es permanente, al estar cimentado en una estructura jerarquizada que no permite movilidad de los funcionarios, que sólo viven de su salario, pero que se las ingenian en volver dicho espacio rentable y permanente para el enriquecimiento personal, olvidándose de su compromiso social. Es más, la retención de enfermos mentales surge de la necesidad de la propia institución psiquiátrica pública para justificar gastos de inversión, y que mejor si esta es permanente. Los pacientes son recluidos de por vida, su cuidado y trato esta garantizado de manera mínima, ya que por ellos mismos no pueden cuidarse, por ser enfermos mentales, requieren del otro para existir, aun en condiciones de hacinamiento, mala alimentación, maltrato físico y psicológico, violencia, aislamiento, humillación, etc. Pueden quejarse si quieren como Patricia, se van a cansar o mejor aún, morir como Estela para liberarse de aquel lugar.

Todavía falta mucho por hacer en México, ya que la primera limitante para acceder a un tipo de conciencia social, se encuentra al interior de nuestra cultura que esta condicionada por una serie de pensamientos y actitudes frente al fenómeno de la locura, que muy a parte de ser un conjunto de ideas impuestas por occidente desde que tuvo contacto en América a través del sometimiento humano, se volvió con el tiempo la medida para excluir a aquellos seres que no aceptaban este modo de existencia. Veremos más adelante, que no hace falta estar locos para ser excluidos de esta realidad cimentada en la razón, tan simple como no manifestar o tener en sí mismo ciertas condiciones de existencia, va restando valor como personas frente a los otros, hasta ser anulados por completo. No obstante, siempre existe la posibilidad de recuperar nuestra persona y dignidad, no importando si se es una persona común o una persona loca, lo importante es recuperar la vida humana.

CAPÍTULO TRES: HACIA LA RECUPERACIÓN DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA LOCA.

I) Dos casos concretos de enfermos mentales del Hospital Fray Bernardino Álvarez.

i) Otro mundo.

Si como Patricia, usted ya pasó por el Servicio de Urgencias del Fray Bernardino y lo asignaron a un pabellón, prepárese... va a entrar a *otro mundo*. La bienvenida se la darán los enfermos que siempre se percatan cuando llega uno *nuevo*. Recibirá todas las manifestaciones de saludo que se ha podido imaginar; desde brincoteos, incomprensibles gestos y demostraciones de gusto, hasta un simple *Buenos días, Hola, ¿Cómo te llamas?* O la más completa indiferencia. Habrá quien le diga *Ya estoy bien, ya estoy bien, entre hoy y mañana salgo; sí, de veras... mi familia está allá afuera; vienen por mí, sí, sí me voy*. Su interlocutor se dirigirá a la puerta de fierro y con seguridad no habrá nadie esperándolo.

El pabellón le parecerá *otro mundo*. Un rectángulo oscuro y alargado rodeado de puertas o, mejor dicho, de marcos sin puertas. Parece que aquí las puertas son un privilegio. Una de ellas está abierta; es un cuarto pequeño, provisto de un escritorio, una silla, un closet y un baño. La única luminosidad que hay entra por una ventana pequeña cubierta, además de vidrio, por un enrejado de metal. Es un consultorio, para ser más exactos, el consultorio del jefe del pabellón. Luego le sigue el mostrador donde se encuentra el servicio de enfermería, y después, al final del pasillo la zona de regaderas y baños. Existe un cuarto aislado (con una cama con correas), pero jamás se mencionará qué es para instalar ahí a algún enfermo *difícil*. Del lado izquierdo, lo primero que verá será un espacio vacío que tiene varios usos: comedor (ya que las sillas y mesas son de plástico, pudiendo ser apiladas y puestas luego en un rincón, sólo se las utiliza en los horarios del desayuno, comida y cena por los propios enfermos) y sala de visitas (los enfermos esperan en este espacio a los familiares en el horario de visita, ya que, como está cerca de la puerta, se trasladan en seguida hacia el jardín.).

Los cuartos de los enfermos están ocupados por seis, cuatro o dos camas, destendidas algunas, sin sábanas otras, donde descasan algunos hombres. Tienen pequeños burós que, al igual que las camas, se encuentran bien clavados al piso, tablas carcomidas que simulan ser closets y pequeñas ventanas con enrejado a través de los cuales solamente puede verse el jardín del hospital.

Sí, aquí duermen, reciben sus alimentos y reciben a sus familiares los enfermos; aquí tratan de curarlos. Aquí algunos fuman, ayudan a las tareas de limpieza, duermen todo el día, cantan, lloran,

gritan, hablan, se olvidan de afuera. Aquí deben hacer méritos para que los dejen bajar al patio, para que los manden a Consulta Externa.

Estará usted recorriendo el pabellón, quizás un poco desconcertado, de dos a cinco días... hablando solamente con los enfermos, preguntando a las enfermeras, tratando de hablar de cualquier cosa con los señores de bata blanca... ¡Tenga cuidado! Si se agita, pregunta demasiado o se desespera le aplicarán más medicamentos... debe comer lo que le sirvan, aunque le parezca grasoso, mal balanceado o le disguste... porque no se le olvide... usted es ya un enfermo mental y cualquier cosa que haga, cualquiera de sus movimientos puede, más tarde ser utilizado en su contra.

Aunque el panorama sea deprimente, aunque le dé terror estar ahí, aunque se desespere, por favor... cálmese... no hable demasiado, tampoco se quede callado, trate de no estar triste, tampoco demasiado alegre; recuerde que ahí dentro no puede comportarse ni siquiera como lo haría una persona normal. Sé que cualquier persona *normal* se aterraría solamente de entrar ahí, de visita... pero usted ya no tiene derecho... o, si quiere verlo de otra manera, tiene ya todo el derecho del mundo... de los enfermos mentales puede esperarse cualquier cosa... Pero, hágame caso, trate de calmarse, de no hacerlo, sería peor para usted.

Para muchos ha sido espantoso, por ejemplo, a Jorge Robles nadie lo previno sobre la importancia del interrogatorio de los médicos. Nadie le dijo que de sus respuestas dependería el diagnóstico; que, a través de ellas, los médicos descubrirían si él estaba ubicado espacial y temporalmente, si tenía alteraciones o anormalidades mentales, si era peligroso o indefenso, si podía regresar con su familia o quedarse encerrado en un hospital psiquiátrico para siempre.

*Jorge Robles.*⁵²

-- Jorge Robleeesss... Jorge Robleeesss... [el doctor G trata de localizarlo por el pasillo del pabellón. Se acerca a un muchacho que parece más joven de lo que realmente es. El expediente dice que tiene 22 años y fue internado hace apenas tres días. Empijamado, con un chaleco viejo y desteñido encima, no despega su mirada del suelo. Su rostro es de un amarillo muy pálido, sus manos y sus dientes tienen también esa tonalidad. Jorge quizás desconcertado, se acerca lentamente al consultorio del pabellón].

-- ¿Usted es Jorge Robles? -- [pregunta el doctor X. El muchacho asienta] —Pase, siéntese... ahí [X señala la silla. Jorge se sienta malhumorado y nos observa. Le somos totalmente extraños].

-- ¿Cómo se llama? [Comienza el interrogatorio el doctor X].

⁵² La grabación de la entrevista fue realizada por Gloria Valek Valdés, el miércoles 8 de mayo del 2002, en el consultorio del pabellón del ala masculina, tercer piso del Hospital Fray Bernardino Álvarez. La transcripción es responsabilidad de Olinca Suárez Mejía para los fines de este trabajo.

-- Jorge -- [gesticula el paciente.]
-- ¿Jorge qué? -- [insiste X, acomodándose en su escritorio.]
-- Pos usted ya lo sabe, ¿qué no me llamaron por mi nombre?
-- Sí, está bien, pero dígame cuál es su apellido [insiste X.]
-- Pos Robles...
-- ¿Cuántos años tiene?
-- 22
-- ¿Dónde nació?
-- En Azcapotzalco
-- ¿Dónde ha vivido?
-- En Neza
-- ¿Es soltero?
-- Sí
-- ¿Qué estudios ha tenido?
-- Secundaria
-- ¿La terminó? [Jorge no contesta] Le pregunté si la terminó [insiste X.]
-- No [y mira fijamente un perchero que hay en el consultorio].
-- ¿Está oyendo algo ahora? [interviene el doctor F].
-- ¿Oyendo algo... ? No. [responde Jorge].
-- ¿Cuándo llegó aquí? [Continúa el doctor X].
-- El sábado... creo que el sábado.
-- Dígame, Jorge ¿Qué día es hoy?
-- Viernes.
-- ¿Está seguro? [Jorge parece no escuchar] --Jorge, le estoy hablando [se impacienta X]—Hoy es miércoles. A ver, dígame ¿cuántos días lleva aquí?
-- Muchos...
-- ¿Cuántos?
-- No me acuerdo
-- ¿Sabe por qué lo trajeron al Fray?
-- Sí
-- ¿Nos podría decir... ?
-- Por drogadicto
-- ¿Qué le pasaba?
-- No sé, no sé-- [y niega insistentemente con la cabeza].

-- ¿Sabe dónde está?

-- En el Fray Bernardino...

-- ¿Sabe qué tipo de hospital es éste?-- [Jorge no responde] --Jorge, dígame ¿qué tipo de hospital es éste?-- [insiste X].

-- No sé, no sé...

-- ¿Qué se imagina?

-- Nada... no sé-- [Jorge se reacomoda en la silla inquieto, quizás un poco molesto por el interrogatorio].

-- ¿Las voces que escucha en su cabeza le dicen que no hable con nosotros?-- [interviene F insistiendo sobre las voces. Jorge no responde, parece estar pensando en cosas muy lejanas].

-- ¿Siente desconfianza de mí... Hay algo adentro de su cabeza que le dice que no nos conteste?-- [interviene X].

-- Parece que sí-- [responde F. Jorge simplemente no contesta].

-- A ver... Jorge-- [le indica el doctor X] --suba su mano derecha... párese— [el doctor X lo incorpora] --así... ponga su mano derecha en su oído izquierdo ¡en su oído izquierdo!... Bien; Ahora la mano izquierda sobre su oído derecho... -- [Jorge sigue las indicaciones de X] -- bien... ¿Lo ve, doctor F? [Le dice X].

-- Jorge -- [interviene F] --¿Nos siente extraños?-- [Jorge parece no escuchar y se sienta nuevamente en la silla].

-- Párese, Jorge ¿está asustado o qué le pasa? A ver, dígame ¿quiénes son ellos?-- [X nos señala a las cinco personas de bata blanca que lo observamos, Jorge nos mira, pone las manos sobre la cara, quizás desconcertado].

-- A ver -- [sigue el doctor X] --no se preocupe Jorge-- [lo levanta de la silla] -- Mire, Jorge, dé media vuelta... así-- [Jorge, desconcertado, trata de seguir el ejemplo que le pone el doctor X] -- ¿Se da cuenta, doctor F? A ver, Jorge... dos pasos hacia atrás... ¡dije hacia atrás!... Bien, ahora... dos para delante... bien, espere... todavía no acabamos, no se siente... estire los brazos... cierre los ojos... ¿Se da cuenta doctor F?... pele los dientes... así... mire, a mí no me da pena... saque la lengua... así... diga AAAAAAAA... quítese el suéter... ¿oiga... por qué trae tantas cosas? Quítese la pijama... y el chaleco... ¡Oiga, cómo fuma! está todo quemado... hasta la ropa... y miren los dedos-- [X se dirige a nosotros. Efectivamente, Jorge tiene llagas en la espalda, en el pecho y los dedos. Sus manos amarillas están llenas de supuraciones].

-- ¿Son quemaduras fuertes, verdad?-- [interviene F].

-- Claro, doctor F... y mire-- [X señala la cadera de Jorge] --también la cadera desviada. Es una hipotrofia muscular derecha. Doctora L ¿dónde están los dibujos que hicimos hoy en la mañana?--

[La doctora L busca sobre el escritorio... encuentra una hoja a máquina, que al reverso contiene unos dibujos hechos a lápiz; el doctor X los toma].

-- A ver, Jorge, ¿dígame qué ve aquí?-- [X le muestra los dibujos].

-- Una casa... un conejo... una rosa-- [efectivamente, los dibujos son una casa, un conejo y una rosa].

-- Dígame ¿qué es esto?-- [X señala su reloj de pulsera, pero Jorge no contesta].

-- Y eso, ¿qué es eso?-- [X señala un perchero que hay en el consultorio].

-- Mnnn, un palo-- [responde Jorge].

-- ¿Para qué sirve, Jorge, dígame para qué sirve?-- [Jorge no responde] --Bien... siéntese... dígame entonces ¿por qué lo trajeron aquí?

-- Ya le dije que no sé-- [responde molesto].

-- ¿No sabe o no se acuerda?-- [Jorge no parece escuchar la pregunta].

-- Jorge-- [interviene el doctor F un poco desesperado] --¿Se siente mal?

-- Jorge-- [ahora X de nuevo] ¿nos puede oír? ¿no desea contestar?

-- Sí-- [responde por fin Jorge].

-- A ver, dígame ¿a qué se dedica?

-- A trabajar

-- ¿En qué?

-- En una tienda

-- ¿Qué hace ahí?

-- Trabajo

-- ¿Qué tipo de trabajo?

-- Trabajo en una tienda abarrotera

-- ¿Cuánto tiene trabajando ahí?

-- Un año

-- ¿Le gusta?-- [Jorge no responde] --Jorge, le pregunté si le gusta-- [insiste X] -- ¿Qué otra cosa hace además de trabajar... practica algún deporte... estudia algo?-- [Nada, Jorge no responde].

-- Seguramente no quiere hablar porque su madre lo obligaba siempre a responder-- [interviene el doctor F, revisando el expediente de Jorge].

Jorge-- [vuelve X] --¿Está usted enojado por algo? ¿Está de acuerdo en estar internado en este hospital?

-- No

-- ¿No está de acuerdo en estar internado o no está enojado?

-- No estoy enojado, ¡caramba!-- [alterado... levanta la cabeza].

-- Bien, bien, ¿entonces, por qué no quiere hablar?-- [Jorge no responde] -- A ver, dígame, ¿ha usado drogas?

-- Sí

-- ¿Desde cuándo?

-- Desde ahorita...

-- ¿Cuánto hace?... Jorge... Jorge... ¡le estoy hablando!

-- Doctor X-- [interviene F] --yo creo que este paciente está *demenciado*, por el thiner seguramente, tiene *atrofia*. En el expediente dice que acostumbraba ingerir thiner y cemento, doctor.

-- Sí, de acuerdo-- [interviene X] --¿Qué tratamiento le podríamos aplicar? [Jorge sigue ahí].

-- Jorge... Jorge... gracias... es todo. Salga... aquí va a mejorar... no se preocupe...-- [el doctor X le da unas palmaditas en la espalda y lo acerca a la puerta].

-- Bien, creo que se trata de un caso muy claro... Aquí dice-- [X señala el expediente] -- que ingresó al hospital en 1991 como *esquizofrénico*.

-- Sí, claro, por las manos y la forma como fuma parece un *esquizofrénico*-- [interviene F].

-- Bien-- [le dice X] es un caso obvio de *farmacodependencia*... hay que averiguar los trastornos que le ocasionaron el cemento y el thiner...

-- Se le pueden dar calmantes... Haldol o Perfen... *⁵³-- [interviene F].

-- Doctor, creo que ahorita no hay en el piso, ni siquiera creo que haya Haldol en todo el hospital-- [interviene el doctor G].

-- Bueno-- [responde X] --quizás se los puedan pedir a los familiares, póngalos en la receta doctor F y pídaselos a los familiares... que se los traigan y usted se los aplica aquí... **⁵⁴

Dos semanas después de esta entrevista, la madre de Jorge Robles⁵⁵ ha venido a verlo dos veces... ¡si ella supiera! Lo acaban de traer de Cirugía porque hace cuatro días, por la noche, tomó un pedazo de vidrio de una de las ventanas y se cortó un testículo.

Está muy bien vigilado y sin permiso de bajar porque tiene tendencia a la fuga. Como los demás, está bajo los efectos de los medicamentos; aunque quisiera no podría ser agresivo, simplemente no tiene ni las energías ni la fuerza suficientes. Parece sonámbulo, casi se arrastra y repite constantemente que quiere salir y trabajar para ayudar a su madre y ruega por lo menos lo dejen bajar al patio.

⁵³ * Perfenazina, véase **Anexo No. 2**.

⁵⁴ ** Algunas medicinas, sobre todo las que se usan cotidianamente, escasean en el hospital. Las razones no se deben --según nos informan-- a la falta de presupuesto, sino a la desorganización y muchas veces al abuso de los medicamentos.

⁵⁵ Gloria Valek Valdés entrevistó y grabó a la madre de Jorge Robles, el miércoles 22 de mayo en el área de recepción del pabellón del ala masculina, tercer piso del Hospital Fray Bernardino Álvarez. La transcripción es responsabilidad de Olinca Suárez Mejía para los fines de este trabajo.

Hoy no es jueves, ni sábado, ni domingo, simplemente no es día de visita, pero su madre le trajo una cajita de cerillos y cuatro cajetillas de Delicados sin filtro en una bolsita de plástico. Su madre supone que aquí está mejor.

La madre de Jorge Robles es una mujer como de 50 años; humilde, fuerte, que se gana la vida lavando ropa y con un puesto de fritangas los fines de semana. Tiene cuatro hijos, de los cuales Jorge es el segundo. Quedó viuda hace diez años; su marido murió debido a una intoxicación alcohólica. Como antecedentes familiares patológicos sabemos que la abuela de Jorge padeció alteraciones mentales y que una de sus tías se suicidó.

La madre de Jorge no sabe nada de la operación... Ella firmó ya todos los papeles necesarios para que lo curen y confía o pretende confiar en los médicos, pues; ellos son los que saben qué es mejor.

La enfermedad de Jorge no parece alterarla; habla de ella más bien con naturalidad. Parece una mujer acostumbrada al sufrimiento y esperanzada, sobre todo, en el porvenir de sus dos hijos pequeños. Vendrá a ver a Jorge el próximo domingo, volverá a traerle sus cigarros y a negarse a sacarlo de aquí.

La única esperanza para Jorge es que el doctor lo dé de alta o que logre fugarse. Quizás su madre pueda llevarlo a alguna de las escuelas especiales —que son caras—o seguirlo trayendo al Fray cada vez que se presente una crisis. De cualquier forma, las perspectivas de Jorge no son muchas; para ella tampoco, pues, seguramente, tendrá que vigilarlo y cuidarlo toda su vida.

ii)Gritaban su nombre.

Después de algunos días, que para usted serán siglos, escuchará que gritan su nombre; los médicos del pabellón se dignarán a hablar con usted. Usted ha perdido la noción del tiempo entre esas paredes, ha pasado días enteros, pero no importa, podrá por fin hablar con los médicos... podrá decirles que fue un error, que usted no está loco, que se quiere ir... que llamen a su familia.

Debo aclararle que podrá decir todo eso, solamente si se ha portado *bien* porque si no fue así estará tan sedado que no sabrá qué le preguntan ni tampoco cuáles será sus respuestas.

La entrevista, la segunda entrevista desde que usted llegó al Fray, comenzará. ¿El escenario? Un consultorio del pabellón. ¿Los actores?, si bien le va, será entrevistado solamente por dos o tres médicos; si no, tendrá que soportar ser observado por esos estudiantes que miran tan fijamente, que parecen inquisidores y que no pueden disimular sus miradas de asombro. Ni modo, si ellos están, si lo observan cinco, seis u ocho personas de blanco, tranquilo, de usted depende su futuro, de usted depende contestar adecuadamente el bombardeo de preguntas; acuértese, haga un esfuerzo: ¿Qué día es hoy? ¿Cómo se llama? En dónde vive? ¿Cuándo nació? ¿Hasta qué año estudió?... los

últimos presidentes... algunos refranes y muchas otras preguntas más que debe contestar sin alterarse. El interrogatorio a Gregorio Paz le puede servir de ejemplo.

Gregorio Paz⁵⁶.

-- Gregorio Pazzz... Gregorio Pazzzz-- [se escuchan las voces por el pasillo del pabellón. Se acerca un hombre como de 69 años; humilde, menudo, con mirada triste y ausente; bigotes ralos y canosos, sombrero pequeño, nariz achatada y labios gruesos. Sus ojos son de un café muy oscuro, sus cejas son pobladas y tiene una pequeña cicatriz en la mejilla derecha].

-- Siéntese, por favor... aquí-- [El doctor X acomoda a Gregorio en la única silla que hay, delante de nosotros, somos cinco personas de blanco] -- ¿sabe por qué lo han traído aquí?

-- Comienza el interrogatorio.

-- Por alcohólico... por loco... pero no me siento loco...-- [Gregorio niega insistentemente con la cabeza].

-- ¿Quién le ha dicho que usted está loco?-- [sigue el doctor X].

-- Todas las personas...

-- ¿Sus familiares... sus amigos?

-- Todos...

-- Y usted ¿qué piensa?

-- Yo de mí no sé nada. No me doy cuenta.

-- No se da cuenta... ¿cuándo deja de tomar?

-- No, cuando ando tomando.

-- Cuando deja de tomar... ¿las voces le dicen que usted está loco?-- [El doctor X infiere que Gregorio escucha voces porque la mayoría de los alcohólicos padecen alucinaciones auditivas y, al parecer, Gregorio es un *alcohólico*].

-- Alguien me empuja-- [responde Gregorio] --Yo pienso en Dios y empiezan a mentarle la madre a Dios.

-- Y usted... ¿qué hace?

-- Me defendiendo

-- ¿Se la han mentado a Dios?

-- Sí...

-- ¿Eso le preocupa?

⁵⁶ La grabación de la entrevista fue realizada por Gloria Valek Valdés, el martes 02 de julio del 2002, en el consultorio del pabellón del ala masculina, tercer piso del Hospital Fray Bernardino Álvarez. La transcripción es responsabilidad de Olinca Suárez Mejía para los fines de este trabajo.

-- No, me siento normal...-- [Gregorio se acomoda inquieto en la silla].

-- ¿Entonces?-- [insiste el doctor X].

-- No sé por qué me andan siguiendo... me quieren aprehender...

-- ¿La policía?

-- Pasan en coches... dicen que yo maté a Durazo... Yo le he mentado la madre a Durazo... nosotros los pobres que trabajamos... con el sudor de la frente y vea usted a los gobernantes de la nación... Dicen que quebré una avioneta de Durazo...

-- ¿Cuánto hace que las voces le hablan?

-- Psss... hace, hace como un año...

-- ¿Durante el día?

-- Psss todos los días y noches.

-- ¿Desde cuándo toma?-- [El doctor X revisa el expediente].

-- Ya había venido aquí-- [dice Gregorio, como si no hubiera escuchado la pregunta].

-- ¿Ha estado aquí antes?-- [se sobresalta el doctor X].

-- Sí, yo a usted lo conozco-- [Gregorio se dirige al doctor G].

-- ¿Sí lo conoce, doctor G?-- [pregunta asombrado X]

-- No, doctor-- [responde G] --jamás lo he visto.

-- Bien, ... A ver dígame, Gregorio ¿cuánto hace que estuvo aquí?-- [continúa el doctor X].

-- No me acuerdo... creo... creo que hace tres meses. Ésta es la segunda vez... Usted, usted me internó doctor-- [Gregorio se dirige al doctor F].

-- Resulta interesante... puede tratarse de *confabulación*-- [interviene X] --A ver, Gregorio, dígame ¿desde cuándo toma?

-- Cerveza... a los catorce años tomaba pulque...-- [Gregorio se rasca la cabeza] --tequila...

-- Últimamente... ¿qué ha tomado?

-- Del de la farmacia

-- ¿Cada cuándo toma?

-- Pos diario, pero prometí a diosito no tomar más...

-- ¿Qué tiempo lleva tomando?

-- Desde chico

-- ¿Cuánto tiene tomando?-- [interviene el doctor F].

-- Llevó pos... como treinta años.

-- ¿Cuántos años tiene?

-- Soy del 1934

-- ¿Recuerda la fecha de su nacimiento?-- [interviene X].

-- No, nunca me dijeron.

-- ¿En dónde nació?-- [pregunta F].

-- En Nativitas

-- ¿Dónde vive? diga la calle y el número.

-- Las calles no están alineadas, no hay calles todavía...

-- ¿Es usted casado o soltero?

-- No sé, pos no sé...

-- ¿Cuántos hijos tiene?-- [Interviene X].

-- Seis

-- ¿Los nombres... cuáles son los nombres?

-- Elena-- [Gregorio hace un esfuerzo] -- Chucho... Salomón y... muertos.

-- ¿Cuántos hijos vivos tiene?-- [interviene F].

-- Ya le dije... seis-- [responde un poco molesto].

-- A ver, Gregorio... dígame la fecha del día de hoy ¿qué mes... qué año?

-- En julio del 02.

-- El día... ¿A principios, mediados o fines?

-- No me acuerdo.

-- El presidente de la República?

-- Vicente Fox

-- ¿El anterior?

-- Zedillo

-- ¿Está seguro.. después de Zedillo quién?

-- Pos... de presidentes no sé-- [Tranquilo, Gregorio se acaricia el bigote].

-- Díganos, Gregorio, ¿qué se conmemora el 10 de mayo?

-- ¿Religiosa?... Pos es el día de las madres.

-- ¿El 24 de diciembre?

-- Navida...

-- ¿El seis de enero?

-- No pos no sé.

-- ¿El 15 de septiembre?

-- La independencía.

-- ¿El 20 de noviembre?

-- Este... Benito Juárez...

-- A ver, Gregorio; le voy a decir un número de teléfono. Trate de repetirlo-- [continúa el doctor F]
 --55-18-57-13--.

-- 55- 18 - 5 -- [Gregorio trata de concentrarse].

-- Otra vez, Gregorio repita 55-18-57-13-- [continúa F].

-- 55-18-76-13-- [repite].

-- ¿Cuánto es 8 y 8?-- [continúa F].

-- 16

-- ¿Y 16?

-- 32

-- ¿Y 32?

-- 74... 62

-- ¿Cuánto es 100 menos 7?

-- No, de cuentas si no-- [Gregorio sonríe, quizás apenado].

-- Gregorio... ¿hasta qué año fue a la escuela?

-- Pos... hasta las cinco vocales.

-- ¿Sabe leer?

-- Namás libros así-- [señala el expediente] -- en máquina--.

-- ¿Sabe escribir?

-- No.

-- ¿Hasta cuándo estudió?

-- Llegué al primer año, pero m'iba con mis amigos a jugar... -- [sonríe].

-- Le voy a decir dichos populares. Trate de decirme qué significan: Camarón que se duerme, se lo lleva la corriente. ¿Qué quiere decir eso?

-- Camarón...

-- Sí, dígame qué significa eso...

-- Es una grosería-- [Gregorio sonríe con picardía].

-- ¿Cuál?... dígala, estamos entre puros doctores.

-- Váyase a chingar-- [sonríe y agacha la cabeza].

-- A ver, dígame, qué quiere decir "De tal palo tal astilla."

-- "De tal palo tal astilla"-- [lo repite].

-- Bueno, dígame, si encontrara una carta, cerrada y con timbres tirada en la calle ¿qué haría?.

-- No, pos no sé...

-- Gregorio, ¿le han dado ataques?

-- Sí... ataques.. ataques, no. Namás mareos.

- ¿Golpes?
- Sí... me he caído hacia atrás.
- ¿Ha perdido el conocimiento?
- Sí
- ¿Cuántas veces?
- No mi' acuerdo cuantas veces.
- ¿Echa pleito borracho?
- Sí, pero luego, luego m'entra arrepentimiento; aguanto tomando...
- ¿Ha sufrido otras enfermedades?
- No, pos namás el alcohol.
- A ver, Gregorio, párese-- [los doctores F y X lo incorporan, se tambalea un poco].
- Mire... salte así-- [el doctor X salta con un pie, de un lado a otro del pequeño y concurrido consultorio] --Así, Gregorio-- [Gregorio intenta saltar, sin conseguirlo].
- Parece que tiene una lesión en el pie-- [X se dirige a F] --A ver, Gregorio, hágalo otra vez... así mire, como gallo y gallina-- [el doctor X le pone el ejemplo; Gregorio lo sigue pero se va de lado, le cuesta trabajo mantenerse en equilibrio].
- Bien... gracias... va estar aquí unos quince días... estará mejor, venga-- [el doctor X conduce a Gregorio a la puerta].
- ¿Podría ser un *Korsakov*⁵⁷?-- [el doctor F se dirige a X].
- *Alcoholismo crónico con elementos de confabulación.*^{**58} --¿No lo conocían, verdad?-- [pregunta el doctor X].
- No, claro que no, doctor-- [responde F].
- Bien, creo que también padece demenciación: ¿a quién le tocó?-- [X revisa los expedientes].
- A mi, doctor X-- [responde F].
- No, ese era para mí-- [interviene G].^{*59}
- Creo que usted, doctor G, podrá hacerse cargo de él. Que le apliquen ácido nicotínico y Tiamina a grandes dosis^{**60}; creo que 500 miligramos de Tiamina serán suficientes. Veremos cómo reacciona.

⁵⁷ * El síndrome de *Korsakov* se caracteriza por la alteración en la memoria, sobre todo para recordar el presente y el pasado próximo. Los enfermos de este síndrome padece alteraciones en los síntomas de señales y en la subcorteza cerebral.

⁵⁸** Es el estado continuo de Intoxicación alcohólica. Quienes padecen esta enfermedad sufren alucinaciones auditivas e Ideas delirantes de persecución. Se sienten atacados y hacen todo lo posible por ponerse a salvo; pueden ser peligrosos.

⁵⁹ * Los pacientes son asignados, según llegan, entre los médicos residentes del piso. Algunos "casos", sobre todo los más delicados, corresponden al jefe del pabellón. Gregorio no representa un caso complicado, por ello los dos residentes, los doctores F y G, se lo disputan.

⁶⁰ ** Véase Anexo No. 2.

Ese es el tipo de entrevista que le espera; así que antes de entrar al consultorio del pabellón y de conocer a su médico tutor, recuerde todo lo que puede sobre su vida, piense en lo que conviene ocultar y no diga algo que pueda comprometerlo. Recuerde las respuestas, comportamientos y actitudes de Patricia Ramírez, Jorge Robles y Gregorio Paz.

Recuerde que el primer diagnóstico, el del Servicio de Urgencias, ya lo marcó; aunque no debe angustiarse demasiado, después de que le hagan la entrevista del pabellón, el diagnóstico puede cambiar y volver a cambiar y a cambiar...⁶¹

Recuerde que *todo depende de sus respuestas*. Si tiene alguna alteración orgánica ... no tardarán en descubrirla. Si físicamente está bien, el proceso será más largo porque solamente si lo ven muy mal le harán los exámenes físico y neurológico completos. Por lo pronto, tratarán de encasillar sus movimientos, sus actitudes y sus respuestas... tratarán de hacerlas entrar casi a la fuerza en ciertos esquemas... pero, despreocúpese, después de la entrevista con los médicos del pabellón y de que observen en usted el efecto de los medicamentos, lograrán calificar su padecimiento; le aseguro que lo diagnosticarán *lo más científicamente posible*. Se preguntará ¿por qué tanta insistencia con el diagnóstico?

“Establecer un diagnóstico es reconocer y nombrar una enfermedad para determinar, si se puede, las causas, el pronóstico y el tratamiento”.⁶² Implica entender en qué consiste un padecimiento, sus características y posible desenlace .

El diagnóstico es necesario, no sólo para los médicos sino también para usted y hasta para sus familiares. Lo mínimo que cualquier paciente pide a su médico es que defina cuál es su padecimiento; el problema surge cuando no se trata solamente de entenderlo, sino que se califica, se marca y se designan tratamientos como una práctica simplista y sin fundamentos.

En fin, después de que lo diagnostiquen, lo querrán hacer *reaccionar* con base en medicamentos. Tenga cuidado, si usted no asume los comportamientos que ellos esperan o, peor aún, si lo consideran peligroso.⁶³

⁶¹ Para ver un ejemplo del cambio constante para determinar el diagnóstico puede verse el paso de una paciente femenina que dentro del período del internamiento hasta su muerte, recibió 14 diagnósticos distintos. Véase caso *Estela Jiménez*, presentado en el Capítulo 1 de este trabajo.

⁶² André Bourguignon: *Institución del Análisis* en *El antidiagnóstico*. Barcelona, Cuadernos Anagrama, 1972, p. 162.

⁶³ A este respecto sobre la peligrosidad de un enfermo mental, puede verse a través del caso de *Juventino Flores* que fue primero recluido a una cárcel por el asesinato de su esposa, después se detectó que el criminal padecía una enfermedad mental por lo que legalmente cambió su situación, ya no podía continuar recluido, entonces se procedió a enviarlo a un hospital psiquiátrico de Guerrero, de allí se le transfirió al Hospital Fray Bernardino Álvarez. Véase **Anexo 3**.

iii) El *ver como* de la locura a través de la psiquiatría. O la anulación de la persona loca ante la presencia del médico psiquiatra.

El haber presentado en la primera parte de este capítulo los dos casos de los enfermos mentales del Hospital Fray Bernardino Álvarez, intenta mostrar a grandes rasgos el modo como son tratados los pacientes hospitalizados en consulta interna, tanto por los médicos psiquiatras encargados del pabellón como por los médicos residentes en psiquiatría⁶⁴.

Sin embargo, para que este encuentro entre el médico psiquiatra y la persona internada, cumpla su cometido de manera institucional requiere de dos condiciones esenciales. La primera condición es lograr que médicamente se defina un diagnóstico para concretar la labor psiquiátrica en cada caso, en un tiempo determinado.

La segunda condición, contemplaría la recuperación del enfermo mental ya liberado del internamiento en el hospital psiquiátrico, para su futuro retorno con su familia, hacia la reinserción al mundo social.

El lugar de dicho encuentro, como se ha mencionado anteriormente es el consultorio. Allí el médico psiquiatra encargado del pabellón junto con el apoyo de un grupo de médicos residentes en psiquiatría se concentran en recibir, atender y valorar en consulta interna a cada una de las personas internadas hasta ese momento.

La labor es compleja, ya que el médico psiquiatra debe aplicar a la par dos elementos de suma importancia que tiene a su disposición. Por una parte, cuenta con una formación de alta especialidad con base en conocimiento científico de la teoría psiquiátrica. Por otro lado, utiliza una serie de técnicas (entrevista, elaboración y manejo de historias clínicas, interpretación de estudios de laboratorio, rayos x, el manejo de las personas desde que entran al consultorio hasta que se les despide de ahí, etc.), que se ajustan a las necesidades de observación y manejo de la población que se atiende. Ambos elementos se entrelazan para alcanzar un solo fin: lograr la valoración de la persona internada ya como paciente psiquiátrico y diagnosticar la posible enfermedad mental que padece. Esto es lo que constituye el *ver como* de los psiquiatras para percibir y tratar la enfermedad mental en los seres humanos.

La persona hospitalizada por su parte al momento de cruzar la puerta del consultorio y tomar asiento ante el médico psiquiatra y los residentes de psiquiatría, poco a poco va asumiendo una actitud pasiva como persona para convertirse en un paciente psiquiátrico. El problema que veremos

⁶⁴ La Asociación Psiquiátrica Mexicana y las sociedades miembros de la Asociación Mundial de Psiquiatría en el VI Congreso Mundial de Honolulu, Hawai, el 3 de septiembre de 1977, aprobaron unánimemente La guía ética para psiquiatras, Declaración de Hawai de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Nuevamente se reiteró dicho compromiso en 1992. Véase **Anexo 4**.

mas adelante es que el paciente ya no podrá recuperar su identidad de persona, precisamente al verse sometido al tratamiento psiquiátrico para *controlar* la enfermedad mental que padece.

Mientras tanto, la actitud del médico psiquiatra es determinante ante la presencia de la persona internada. Desde el hecho de cómo lo saluda, le pide que se identifique, le ordena que se siente en cierto lugar, que hable cuando se le interroge y se mueva de tal o cual manera cuando se le indique, le permitirá a este profesional de la salud percibir y valorar hasta cierto punto, la personalidad de este individuo hospitalizado a través de su conducta durante la sesión, para considerarlo ya como paciente psiquiátrico.

Esta actitud del médico psiquiatra resalta más por el hecho de estar entrenado para dirigir su atención y comprensión ante la presencia de otras personas que van a verlo a consulta interna en calidad de pacientes. Dejan de ser para él simples personas y los va juzgando de acuerdo a ciertos patrones de comportamiento como pacientes, porque muy probablemente parezcan tener síntomas y signos de enfermedad mental. Aquí el ver y el percibir del psiquiatra es distinto al uso común. Es decir, el médico psiquiatra al dedicarse a una actividad profesional especializada en salud, necesita un modo especial de ver y expresar eso que ve en los pacientes. Wittgenstein en *Investigaciones Filosóficas* denomina este otro modo de ver de la siguiente manera: “El ‘ver como’ no pertenece a la percepción. Y por esto es como ver en un sentido y en otro no lo es.” (Ludwig Wittgenstein: Investigaciones Filosóficas. Barcelona, Crítica/UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas, serie Clásicos, 1988, p. 453).

Lo que significa que el médico psiquiatra requiere de un esfuerzo constante para poner en juego el dispositivo de análisis al recibir a cada paciente, tener presente al mismo tiempo su conocimiento teórico general psiquiátrico y la técnica de la cual se sirve para controlar a cada caso particular. Es así, que ese modo particular de percibir del psiquiatra ante el paciente motiva a vivir de cierta manera especial la presencia del paciente, no como persona si no como *su* paciente. Wittgenstein lo explica del siguiente modo: “El substrato de esta vivencia es el dominio de una técnica.” (Ibid., p. 479).

-Ejemplo de lo anterior, lo encontramos al momento en que los pacientes Jorge Robles y Gregorio Paz son llevados a consulta interna y los psiquiatras que los atienden, siguen hasta cierto punto un patrón para efectuar la entrevista que les permitirá al final definir un diagnóstico clínico de la enfermedad mental en cada caso.

Al momento de llamar a cada uno de las personas internadas que esperan ser atendidos por primera vez en consulta interna por los médicos psiquiatras, éstos ya tienen conocimiento del nombre, edad, una descripción física y el motivo por el cual fueron internadas estas personas en el hospital, la

información previamente fue recabada en la historia clínica con el propósito de que el médico psiquiatra y la residencia cuente con esta.

Esta primera información que describe en apariencia al paciente, no tiene la intención de darlo a conocer como persona, por el contrario, pretende servir de base para comenzar a indagar con mayor rigor ciertos aspectos que presente el paciente y que el psiquiatra considere de su interés.

Primero, los médicos preguntan el nombre del paciente y el sujeto en cuestión afirma tal conocimiento previamente asentado en el expediente. Esto permitirá dirigir la entrevista de un modo más particular con la intención de ir orientando su atención hacia el objeto real de interés.

Luego, se pregunta al paciente si tiene conocimiento del motivo por el cual fue llevado a ese hospital y, si además, entiende qué tipo de lugar es ese. En ambos casos, uno contesta que fue llevado por alcohólico, por loco; el otro individuo contesta que lo trajeron por drogadicto. Ello permite evidenciar que los pacientes hasta cierto punto saben que algo sucede con ellos, aún cuando en ambos casos no comprendan el grado de afectación en que se encuentran por la enfermedad mental y, debido a eso se encuentran internados allí.

Otra serie de preguntas que se les hacen a los pacientes ya referidos, constatan más o menos el tiempo en la vida de éstos que llevan bebiendo o drogándose. Así, datos particulares como edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, trabajo, estado civil, nivel de estudios, el tiempo de hospitalización y la fecha de esa entrevista sirven a los psiquiatras para saber en que momento y modo a pareció el fenómeno de la enfermedad mental en éstos individuos.

De manera técnica, esto corresponde a la investigación de antecedentes heredo-familiares en los cuales se pueden detectar factores predisponentes. Continuando después con el análisis de los antecedentes personales no patológicos; siendo que, el medio ambiente en el que se desarrollo el paciente puede desencadenar a contribuir en la manifestación de los trastornos psiquiátricos. Estos factores pueden ser: el tipo de familia, el nivel socioeconómico, toxicomanías, el tipo de actividad laboral que desempeñe (en relación a la poca o mucha tolerancia al estrés y exposición a sustancias químicas).

El proceso de investigación todavía no esta concluido, ya que solo se ha reunido cierta información proporcionada por el paciente y valorada conforme a los datos contenidos en el expediente (como es la historia clínica, un posible primer diagnóstico y los resultados de las pruebas de gabinete y laboratorio, realizado por el servicio de Urgencias que admitió al paciente al Hospital). Esta parte de la información recabada recibe el nombre técnico de síntomas en el paciente, lo que permite realizar un primer acercamiento al posible padecimiento de la enfermedad mental. Es decir, el psiquiatra va considerando en el paciente la presencia de expresiones (silencios, negaciones, confusiones, enojo, olvido, creencias absurdas, etc.) y aparición de ciertas conductas humanas en la

vida de éstos (momentos concretos en la existencia de éstos seres donde comenzó el hábito de la bebida y adicción a las drogas, además de accidentes como caídas, mareos, ataques, pérdida de conocimiento o la presencia de otras enfermedades).

Lo que significa para el especialista de manera técnica, como el conjunto de antecedentes personales patológicos dirigidos específicamente a enfermedades que provoquen lesiones neurológicas como traumatismos cráneo-encefálicos, infecciones SNC (Sistema Nervioso Central), alteraciones vasculares, enfermedades autoinmunes y neoplasias (Crisis convulsivas, tumoraciones). Con ello se investiga también el consumo de medicamentos que como efecto adverso pudieran provocar trastornos mentales (antidepresivos, psicotrópicos).

Por último, los psiquiatras se concentran en realizar otro tipo de observaciones más concretas, directamente ver sobre el cuerpo del paciente (exploración física) en lo que se realiza un reconocimiento general por aparatos y sistemas, poniendo mayor énfasis en la valoración neurológica.

Después de lo anterior, se procede a que el paciente lleve a cabo una serie de ejercicios físicos que son vistos como pruebas de valoración para saber si existe una posible lesión neurológica, que limite las actividades físicas del individuo. Se pretende ver el grado de lesión, que se distingue en dos niveles: La lesión periférica, que se ubica en el sistema nervioso periférico, ocasionando daños menores, es decir, por lo regular, ocasionado por algún accidente sólo se daña una parte del cuerpo. La lesión central, se sitúa en el sistema vascular del cerebro, provocando parálisis absoluta en el cuerpo.

Esto recibe el nombre técnico de signos de la enfermedad en el paciente. En ambos casos se pudieron encontrar evidencias de daño físico como por ejemplo, no poder mantenerse en equilibrio, no poder dar media vuelta, no poder dar pasos hacia atrás y así delante, no poder estirar los brazos, ni poder dar pequeños brincos, cerrar y abrir los ojos con dificultad, presentar una mala condición de la dentadura, cambio de pigmentación en la piel y supuraciones, cadera desviada y lesión en un pie.

Lo anterior permite a los psiquiatras juzgar que ambos pacientes son portadores de una enfermedad mental. Los pacientes han respondido de manera satisfactoria mostrando sus dolencias físicas y lo que le sucedía a cada uno en su vida común. Esta información deja en cierto modo a los psiquiatras convencidos para definir un posible diagnóstico en cada caso.

Lo que procede para cerrar la sesión será sacar fuera del consultorio a los pacientes y los psiquiatras definirán de manera teórica y técnica el padecimiento mental de cada caso, dar razón a favor de su *interpretación* por medio del diagnóstico. Bajo tales circunstancias alguien debe estar capacitado para emplear su *ver como* y pueda, entonces, decir que está en sentido estricto haciendo una

interpretación. Se tiene que considerar que el 'ver como' deja de ser un caso de aplicación *natural* o *a-interpretativo* del concepto. De este modo la experiencia es, como Wittgenstein señala, mitad experiencia mitad pensamiento. "Sólo de alguien que *puede* hacer esto o lo otro, que lo ha aprendido, dominado, tiene sentido de decir que *lo* ha vivido.

Y si esto suena extravagante, debes tener en cuenta que aquí se ha modificado el *concepto* de ver." (*Ibid.*, p. 479).

Sin embargo, se corre el peligro de que la *interpretación* esté por encima de la realidad, que lo que se ve sea forzado y por tanto, la percepción no es real. Por ejemplo, al considerar hasta el silencio del paciente como prueba que existen voces en la cabeza de los pacientes que les ordenan no contestar a las preguntas, el especialista no tiene como comprobarlo, no obstante, da por sentado que esa es la causa de la negativa del paciente en su poca cooperación, en este guión sistemático que se convierte poco a poco en un diálogo del psiquiatra consigo mismo.

Su lenguaje tan limitado al momento de contestar al interrogatorio médico es prueba de que sí existe perturbación mental, las "voces" no permiten que el paciente exprese adecuadamente, que tenga miedo o se niegue a hablar.

Se puede correr el riesgo de realizar un mal diagnóstico en sentido estricto a consecuencia de elaborar enunciados tan a la ligera por parte de los psiquiatras, afectando la comprensión de lo que acontece con los pacientes, como sucedió en los dos casos de nuestro ejemplo. Los psiquiatras al considerar la información recabada de la entrevista con los pacientes, no les permitió llevar a cabo una investigación más rigurosa para descartar todos los posibles diagnósticos, por lo que al final sólo se tuvo acceso a una apresurada interpretación que ubicó a estos pacientes en un estado *dementado* o de *dementación*.

Los psiquiatras siguieron los criterios que se indican para determinar el diagnóstico con apego al manual *DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. No obstante, los médicos dan por sentado en una sola sesión dicho diagnóstico sin considerar poner bajo prueba terapéutica, como se sugiere en el manual para una verificación más precisa, ya que la demencia es semejante en síntomas y puede llegar a confundirse con un episodio depresivo mayor, o esquizofrenia, o con el delirium. El manual sugiere diagnosticar al paciente con otro tipo de problemas, como los mencionados, antes de asumir que se trata de una demencia. Para que se logre un verdadero diagnóstico de la demencia, debe someterse al paciente a una investigación más profunda, por ejemplo, aplicando antidepresivos o terapia electroconvulsiva, con un seguimiento de tiempo mayor para obtener mejores resultados. Ya que la demencia tiene origen en un factor *orgánico específico*. "La demencia más común es la demencia degenerativa tipo Alzheimer. Otras causas de demencia serían: las enfermedades vasculares (demencia por infarto múltiple), las

infecciones del sistema nervioso central (incluyendo neurosífilis terciaria, meningitis tuberculosa y vírica, encefalitis vírica, trastornos relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana [VIH], por ejemplo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA], complejo relacionado con el SIDA [CRS] y enfermedad de Crautzfeldt-Jakob), los traumatismos craneales (especialmente el hematoma subdural crónico), los trastornos tóxico metabólicos (como la anemia perniciosa, la deficiencia del ácido fólico, el hipotiroidismo y la intoxicación con bromuro), la hidrocefalia normotensiva, las enfermedades neurológicas, como la corea de Huntington, la esclerosis múltiple, la enfermedad de dic, la degeneración cerebelosa, la parálisis supranuclear progresiva y la enfermedad de Parkinson y los estados post-anóxicos ó post-hipoglucémicos.” (American Psychiatric Association. DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson .S.A., 1987, pp. 127-132.)

Los datos recabados durante las entrevistas, despertaron el interés de los psiquiatras en los pacientes, ya que, en ciertos momentos se consideró que en el hablar, el razonar y el actuar de éstos aparecían estados de confusión, disminución de la capacidad de memoria, discapacidad intelectual y motriz. Esta situación, se hacía notar por los especialistas cuando había la necesidad de que los pacientes explicaran ciertas circunstancias de su vida donde se veían involucrados datos como: información de tiempo, lugares y conceptos específicos.

En el caso de la entrevista de Gregorio Paz, los especialistas detectaron en el paciente la presencia de ciertas ideas alucinatorias y conductas perturbadas, al manifestar éste que en ciertos episodios de su vida sintió que alguien en la calle lo seguía y lo empujaba y en consecuencia, caía en el suelo; o escuchar que alguien le gritaba en la calle que él había matado a Durazo, por tanto, se le tenía que aprehender. También se detectó estados de conciencia confusos al referir el paciente que llevaba más o menos tres meses internado en ese hospital y decirle a uno de los médicos psiquiatras presentes, que ya lo conocía por el hecho de que él lo había internado allí en una segunda ocasión. Tampoco pudo ubicar correctamente el día de la semana que correspondía a la entrevista. Se detectó que el paciente tenía afectada la capacidad de memoria, por el hecho de no poder recordar el tiempo exacto de su hábito de bebida. Así como olvidarse de las fechas de nacimiento de sus seis hijos y los nombres respectivos de éstos. Por último, no tener conocimiento de algunas fechas conmemorativas y no poder repetir en voz alta y correctamente un número telefónico que el médico psiquiatra le indicaba. Tampoco, poder resolver mentalmente una resta, no saber leer ni escribir, creer que ciertos dichos populares tienen un significado de grosería y no saber que hacer si se encontrara en la calle una carta cerrada.

Semejante situación apareció en la entrevista del paciente Jorge Robles. Su caso demostró también la presencia de conductas perturbadas, al manifestar una actitud de cierta molestia al responder por

su nombre a los médicos psiquiatras presentes en ese momento, contestar con negativa a la pregunta de que si había concluido sus estudios de secundaria. También presentó estados de conciencia confusos al no recordar exactamente el día de la semana en que fue internado en el hospital y equivocarse en señalar el día de la semana correspondiente a esa sesión. Tampoco pudo decir cuántos días llevaba internado. No pudo expresar en palabras lo que en ese momento estaba pensando o al menos imaginarse qué tipo de hospital era ése. Identificar un perchero con un simple palo. No poder explicar que trabajaba en una tienda y no especificar sus actividades en ese lugar. Demostrar un estado de ánimo alterado cuando se le preguntó si estaba de acuerdo en estar internado o simplemente estaba enojado. Por último, contestar que a partir de ese momento él había consumido drogas.

No obstante, aún cuando la información derivada de la entrevista en ambos casos pudo ser justificada por los médicos psiquiatras de manera objetiva, desde la perspectiva de la teoría psiquiátrica, las circunstancias personales de los pacientes al estar relacionadas bajo un criterio, una categoría, o nombre clínico no logran demostrar de manera profunda al fenómeno que se intentaba perseguir. Por el contrario, cada idea manifestada o hecho circunstancial descrito por el paciente y considerado de manera clínica, muestra el manejo superficial de la información por parte de los especialistas, siendo que de manera casi inmediata se juzgaba la información de manera teórica. Y esto se puede percibir en el hecho de que aun cuando el paciente en ese momento quisiera decir con más detalle de lo sucedido, a los médicos simplemente no les interesaba escuchar demasiado tales relatos, hacían callar al paciente y lo obligaban a cambiar de tema o tan sólo guardar silencio. A los psiquiatras no les interesó crear un vínculo de confianza con los pacientes, al menos para que éstos sintieran que se les escuchaba, como a cualquier persona que tenía algo importante que decir. Si hubiera sido alguien más, por ejemplo, alguien común a nosotros, tal vez dicha conversación nos hubiera provocado cierta curiosidad de seguir escuchando tales comentarios o hasta preguntar más detalles al paciente, para tener más información al respecto.

Al final, hubiéramos juzgado a estos dos pacientes como dos personas locas que dicen incoherencias o que hablaban de manera exagerada o ridícula sobre algo. Ello no puede compararse a la actitud de los médicos psiquiatras que juzgaron en cada caso a pacientes en un estado degenerativo de enfermedad mental, por medio de un constante bombardeo de preguntas con poco tiempo para razonar, existía un cierto tono de agresión y desesperación por parte de los psiquiatras al no obtener la respuesta que ellos querían escuchar.

Así, se puede llegar a pensar que el médico psiquiatra al haber valorado al paciente, descubriendo en él ciertas ideas alucinatorias, estados de conciencia confusos, y conductas humanas perturbadas, pudo ver en ello y reconocer la presencia de algo que nombra como una posible enfermedad mental,

demostrando una destreza para describir de manera científica sobre las pruebas encontradas por medio de su percepción y buscar el aspecto de la cosa por medio de una actitud determinada lingüística y extra-lingüísticamente, hacia ese objeto. El diagnóstico psiquiátrico que se logra construir al final de la sesión, permitiendo descontextualizar al paciente de su historia personal, y éste queda constreñido tan sólo por el estado de conciencia anómala y su cuerpo desgastado por el excesos de sus malos hábitos. No importa su origen social (si es pobre o rico, empleado o desempleado), familiar (casado, soltero, o viudo), o cultural (si es un analfabeta o un profesionista). Tampoco importa su miedo o desenfado al verse obligado a estar internado y en presencia de extraños que le indagan y lo manipulan físicamente, su anhelo de verse libres sin darle mucha importancia de lo que representan como enfermos mentales. No obstante el valor que les otorgan los psiquiatras es el hecho de que se dejen controlar médicamente para proseguir con su tratamiento medicamentoso y retornar a consulta interna para analizar sus reacciones cuantas veces sea necesario.

Después de haber sido valorados por el médico psiquiatra, en adelante simplemente son vistos como pacientes portadores de una enfermedad mental específica: Jorge ya no es Jorge Robles, si no un paciente declarado como un caso obvio de *farmacodependencia*. Y Gregorio Paz, un paciente que sufre de *Alcoholismo crónico con elementos de confabulación*. Ello sucede porque las percepciones de estos especialistas están cargadas de teoría. Aquí Tomasini hace notar una idea importante: nuestras percepciones dependen de nuestro pensamiento, ya que depende el modo de describirlas. Ello significa, que nuestras percepciones están *cargadas de teoría*. (Alejandro Tomasini: Lenguaje y Anti-Metafísica. Cavilaciones Wittgensteinianas en La percepción y la noción de 'ver como'. México, Interlínea/INBA, 1994, p. 209).

Entonces, comprenderemos que si la primera condición para recuperar médicamente a estas personas queda restringida por la valoración psiquiátrica sin lograr mejores cambios en la vida de los pacientes, tan sólo verse sometidos a un tratamiento medicamentoso que no promete mas allá que un *veremos como reacciona*, como sucedió en el caso de Gregorio Paz. Esto pone en duda la rigurosidad científica y objetiva que se plantean los psiquiatras al momento de construir un tipo particular de manejo psiquiátrico con cada paciente, sin considerar su situación como seres humanos, sin pensar a caso en su futuro, o al menos mejorar su presente sin ser contemplados tan sólo como objetos que voltean la cabeza, que mueven sus extremidades superiores e inferiores, que demuestran ansiedad en su cuerpo o lenguaje, o demasiada relajación al expresar algo. Para ser juzgados constantemente por la cantidad de señales evidentes y no tan evidentes y asumirlas dentro de categorías que darán forma al diagnóstico de la enfermedad mental. Wittgenstein señala esta experiencia como el *fulgurar de un aspecto* y lo describe así: “Y por eso el fulgurar del aspecto

aparece a medias como vivencia visual y a medias como un pensamiento.” (Ludwig Wittgenstein: *Op. cit.*, p. 453).

Este *ver como* de los psiquiatras no les permite tratar de otro modo a sus pacientes. Estos especialistas de la salud, al ser poseedores de un conocimiento científico de altísima especialización, como ya señalamos en el segundo capítulo, puesto a disposición del Estado son parte de la burocracia; Es decir, tienen un cierto poder político y cierto control social. Por tanto, su labor está justificada científica y políticamente, para señalar y poder separar de la sociedad a aquellas personas que se consideren un riesgo para sí mismos y su entorno social, pueden decidir si quedan bajo custodia por un tiempo dado o si quedan en el confinamiento por el resto de su vida. Pueden limitar la libertad y autonomía de las personas, entre otras cosas. Diego Gracia en *Bioética Clínica* señala que este tipo de relación dominante que se establece entre el médico ante el enfermo no es problema exclusivo de nuestro tiempo, si no al contrario, aparece desde la antigüedad como una situación paternalista en la figura del médico ante el paciente. El buen paciente, debe acatar las órdenes del médico, someter su voluntad ante la idea de alcanzar con el trato médico el bienestar de su persona. Mientras la persona se encuentre enferma no se encuentra en condiciones para decidir sobre su vida, entonces, quien debe decidir que es lo mejor para él resulta el médico, será quien vele por su seguridad física y emocional.

“ La REM tradicional se basaba en un modelo de relación humana asimétrica, en el que el médico desempeñaba el papel del tutor o padre poderoso y el enfermo el de desválido. Tal asimetría se basaba en un hecho biológicamente incuestionable, que la enfermedad coloca a quién la padece en situación de impotencia y necesidad. Pero los médicos antiguos, al menos desde el tiempo de los hipocráticos, pensaron que esa desposesión o desvalimiento no afectaban solo al cuerpo sino también al alma, al psiquismo. Esto hizo que consideraran al enfermo como un sujeto incapaz de tomar decisiones morales. [...] El enfermo debe establecer con su médico la misma relación que un hijo pequeño y desvalido con su padre. Tal es la esencia del ‘paternalismo’, una constante en la historia de la REM. ‘Buen médico’ era quien actuaba con su enfermo de modo paternal, es decir, buscando el beneficio de éste y no el suyo propio, y ‘buen enfermo’ el que asumía un rol pasivo de sumisión, confianza y respeto. Cuanto mejor era el enfermo, más infantiles resultaban sus patrones de conducta.” (Diego Gracia: *Bioética Clínica*. Colombia, edit. El búho, 1998, p. 54).

Pero ¿hasta dónde es admisible esta situación para el caso de los pacientes psiquiátricos que pasan toda su vida bajo la tutela del hospital psiquiátrico? Debe aceptarse que nunca recuperen su libertad y su dignidad como personas, que queden sujetas ante la voluntad de los médicos psiquiatras que consideran su estado físico y mental tan deteriorados, que no se tiene una cierta seguridad científica por medio del tratamiento médico y que por ello se tiene que seguir investigando en un tiempo indefinido. Por eso, aún en el presente se acepta el hecho de que si una persona es internada en un hospital psiquiátrico, su estancia se prolonga hasta por el resto de su vida. Aún cuando ya se haya establecido como política de internamiento un rango de tres meses, éste tiempo indicado para el

tratamiento psiquiátrico se pasa por alto, debido a que la técnica psiquiátrica al momento de tener bajo su control a los pacientes, estos no cuentan como personas, sino como objetos que tienen que ser sometidos a una investigación interminable.

iv) De lo que no pueden referir los psiquiatras de los enfermos mentales

Sin embargo, parece que la psiquiatría enfrenta ciertos problemas al momento de imitar en la práctica el modelo médico. Es decir, los médicos en general reciben una formación para diagnosticar y tratar enfermedades físicas. En cambio, los psiquiatras reciben una formación para tratar enfermedades mentales. No obstante, como ya señalamos el hecho de percibir y valorar en los pacientes la presencia del fenómeno de la enfermedad mental, al final terminan imponiendo dicho diagnóstico.

De continuar así, se pone en peligro la vida, tanto de los pacientes que esperan ser tratados como de los enfermos mentales que se encuentran ya con un tratamiento psiquiátrico. ¿Dónde queda el beneficio de la ciencia, sobre todo del ejercicio médico con un supuesto nivel de especialización como lo es la psiquiatría, para recuperar la salud mental de estos seres humanos?

La ciencia surge como una de las más importantes actividades humanas para acceder al conocimiento, que supera la mera contemplación ante el mundo, lo que permite explicar ciertos fenómenos u objetos de la realidad, incluido el propio hombre, permitiendo su control, hasta lograr imitarlos y perfeccionarlos con el propósito de mejorar las condiciones de vida del ser humano.

No obstante, se tiene que reconocer que la ciencia tiene límites, puede incluso fracasar ante el objeto que intenta desentrañar en esa búsqueda incesante del perfeccionamiento en la vida del hombre. El problema es que con el paso del tiempo, el hombre ha sometido a la ciencia hacia un rumbo utilitarista, a causa del constante pragmatismo al cual se ve sometida la investigación y la adquisición de nuevos conocimientos. Eduardo Nicol en *La idea del hombre*, señala que el desarrollo de la ciencia está en riesgo por este panorama que va más allá del simple anhelo por el conocimiento, ante su propio devenir. “Aunque el saber cómo son las cosas, que es de lo que se trata en ciencia, trajese como ganga el prever como serán, lo que en realidad nos dice esa fórmula es algo diferente: *Saber para actuar* en el sentido utilitario de la praxis.” (Eduardo Nicol: La idea del hombre. México, 2a. Versión, FCE, 1992, p. 91).

La ciencia entonces, puede estar en un estado de crisis. Su origen está marcada por la evolución racional en el hombre, que tiene necesidad de desarrollar un conocimiento de sí mismo y el mundo. Esto le prodiga un cierto control sobre la realidad en que vive, convirtiéndose con el tiempo en una

aspiración humana hacia un ideal de lo que deben ser los objetos, incluyendo el propio hombre. Esta actitud del hombre por teorizar al mundo, tiene la finalidad de abrirse paso ante los secretos de la naturaleza, de situarse en un lugar de orden y seguridad ante los fenómenos naturales hasta ese momento desconocidos. Lo que puede hacer creer que la comprensión humana, se debe regir casi de manera exclusiva en función de lo que la ciencia le trasmite de su introspección del mundo.

El problema surge cuando la ciencia pretende descubrir y entender lo que es el hombre, como si fuera un objeto más de conocimiento. Esto no es posible, ya que el hombre no es un objeto de fácil manipulación. Su naturaleza exige otro tipo de comprensión, entonces, resulta inútil tratar de asumir sobre él un control absoluto, a través de la construcción de teorías y someterlo bajo una práctica científica, para tratar de explicar lo que acontece en él.

“Aquella idea del hombre como dueño y señor del mundo había surgido de una concepción del mundo, más que de un estudio del hombre. No es que los hombres lo hayan desmentido con su comportamiento. De hecho, la idea estaba confirmada en la acción misma que preconizaba; pero el supuesto teórico del determinismo era justamente lo que impedía captar las constantes del comportamiento humano y del devenir histórico, cuya actualización es esencialmente imprevisible. Aquí rige el principio de incertidumbre, sin que por ello entre en crisis el principio de causalidad.” (*Ibid.*, p. 92.)

La inquietud científica de someter al propio hombre es una constante para entender su existencia y su relación con la naturaleza, como ser vivo y ser humano. Sin embargo, al momento de describirlo como un ser vivo, tiene una cierta semejanza con el resto de la naturaleza, donde se rige de igual modo que las leyes que gobiernan la existencia, en función de las causas y los efectos de los fenómenos. En cambio, como ser humano surge una variante en el modo de ser cuando se integra a la existencia. Eduardo Nicol da un ejemplo de esta situación de la siguiente manera:

“La caída de un cuerpo humano obedece a las mismas leyes físicas que rigen la caída de todos los demás cuerpos. Pero, este accidente no es la caída de un cuerpo, sino la de un hombre: los efectos no son físicos, aunque lo fueran las causas. No hubo suspensión del régimen causal. Sin embargo, la ciencia de este régimen es incapaz de abarcar la totalidad de los efectos producidos por el accidente. Desde luego, no puede producirlos. No se anticipa la caída; menos aún la reacción del sujeto ante su propio accidente.” (*Ibid.*, p. 96).

Es decir, la ciencia nos puede explicar y señalar lo que es el hombre en función de su composición biológica, lo que es él a través de su cuerpo (descubriendo en ello, los límites, riesgos, accidentes, etc.). Pero, el ser humano no es sólo esta condición, también es una forma singular de desenvolverse a lo largo de esa vida, es una fuente inagotable de historicidad. No sólo lo instintivo, como dotación natural para la sobre-vivencia y conservación natural, sino también, la capacidad de conformarse a través del tiempo, por medio de “su inteligencia, sus emociones, sus aprensiones, sus habilidades prácticas, sus vocaciones desinteresadas.” (*Ibid.*, p. 41). A esta parte constitutiva del ser humano

no lo puede definir la ciencia, esto le corresponde a otro tipo de comprensión, propiamente a la filosofía.

Es por eso que Eduardo Nicol nos invita a re-pensar esta postura científicista que por mucho tiempo nos ha convencido a través de sus descubrimientos y explicaciones teóricas y técnicas sobre lo que acontece en la naturaleza y en el mundo, para luego, tratar de incluir al ser humano a ese mismo nivel de entendimiento. Esta idea de lo que se debe entender por el hombre no es completa, hace falta un esfuerzo más para acercarse y desentrañar el verdadero valor del ser humano, tratar de captarlo desde su aspecto ontológico, lo que permitiría reflexionar en torno a su devenir histórico del ser humano.

“No hay teoría de la idea del hombre sin ontología. No hay ontología sin historia. La representación histórica, entendida como simple saber del pasado, ya constituye una forma de pre-conciencia: no es mero relato, sino re-actualización. Este rescate del pasado se distingue de la representación mental de las cosas; no es memoria, sino una auténtica re-presentación, con lo cual conseguimos que se actualice de nuevo lo que había perdido actualidad. La presencia del pasado no es, por tanto, evocación de lo perdido; es recuperación y literal re-viviscencia. La historia, como saber del pasado, no desglosa el ser actual del ser evocado. El sujeto de este saber hace acto de presencia ante sí mismo: el ser pasado no es sino una versión de su propia mismidad. La diferencia sólo resulta y sólo es inteligible por la radical comunidad.” (*Ibid.*, p. 58).

En la medida en que debemos entender que aun cuando el hombre nace de igual modo que otro hombre, éste al crecer y desarrollarse en la existencia, se va distinguiendo de los otros, siendo que a través de si actos se hacen a sí mismo, está *potencia de hacer* es lo que posibilita la libertad en el ser humano. Pero, es en la libertad donde emanan los conflictos, errores, sufrimientos del ser humano que tendrán que ir enfrentando y resolviendo no importa en qué sentido esto afecte su vida. Es por eso importante que en el tiempo que conviva y aprenda de los otros, mientras es consciente de sus actos y aprenda a dirigirlos por medio de la razón para controlar su destino, hasta cierto punto.

Porque, como bien señala Eduardo Nicol, el hombre requiere contemplarse y re-conocerse de otro modo, no desde un recurso científico que intenta definirlo y explicarlo de una vez por todas, sino desde una reflexión humana capaz de darle la posibilidad de recuperarse como un ser en constantes cambios que lo llevan a un crecimiento, debido al modo en que viven.

“ Ha cambiado el criterio. La idea del hombre no es una verdad de tesis sino una verdad existencial, en la cual se manifiesta una *realidad de verdad* . Cuaiquier idea del hombre es realmente fidedigna; no sólo expresa esa realidad que es la mutación histórica, sino que contribuye a ella: su verdad es su autenticidad. Idea del hombre y ciencia del hombre son cosas distintas. Es ciencia la teoría de las ideas del hombre: la indagación del fundamento ontológico de esa variedad de ideas. Es científico el hallazgo de que cada idea tiene una realidad existencial que lo soporta. Lo común entre todas las ideas no ha de buscarse en una coincidencia tética, sino al contrario, en su misma variación. Lo común es la realidad de un ser que, una vez constituida su mismidad, sólo puede existir guiado por una idea de sí mismo: cuya existencia incluye esa manifestación de sus propias mutaciones históricas. Expresar-se es dar-se forma a sí mismo, como individuo y como comunidad: en tanto que persona y tanto que ‘condición humana’.” (Op. Cit., pp. 108-109).

Es por eso, que el científico representado como parte de la figura del médico sólo nos puede referir del ser humano una serie de ideas teóricas, como lo son las categorías de salud y enfermedad, manifiestas en el cuerpo humano. Y en caso del médico psiquiatra al nombrar la posible existencia de la *enfermedad mental* por medio de un diagnóstico tendría que estar sustentada de igual modo como lo hace el médico, imponiendo la mirada en el cuerpo humano, más específicamente en el cerebro humano.

Pero, de ningún modo dichas observaciones y teorizaciones derivadas del fenómeno que buscan los médicos y especialistas, nos pueden explicar lo que es un ser humano de manera total. El hombre no lo define su salud o su enfermedad, sino que son circunstancias que enfrentan a lo largo de su vida. Lo importante sería comprender cómo hace el ser humano para seguir viviendo aún en esos periodos de zozobra o hasta en peligro de muerte.

No obstante si esto no fuera posible por parte del psiquiatra, al no querer reconocer que la percepción y comprensión de este profesional de la salud son limitadas y hasta exageradas, al momento de juzgar la conducta humana que presentan los pacientes al momento de atenderlos en consulta interna, siendo que tratará de encontrar elementos perceptibles o no, para construir un diagnóstico de enfermedad mental, como en los casos de Gregorio Paz y Jorge Robles, se corre el riesgo de la imposición teórica y en consecuencia, del abuso y por ende, mal uso de un de conocimiento científico para ver, de cierta manera, al ser humano, como un ser vivo decadente y sin posibilidad de cura.

v) Hacia la liberación de los enfermos mentales.

En tiempos recientes se ha tratado de mejorar la condición del trato médico en el campo de la psiquiatría. Esto surge como un intento por superar la clásica relación que se da entre *médico-paciente*, establecida en dos niveles de actitud ya delimitadas para obtener un resultado específico.

La primera actitud, es una visión objetiva, para que el médico psiquiatra logre ver en el paciente el fenómeno de la *enfermedad mental*, es decir, el paciente es un ser biológico que padece alguna lesión, disfunción o infección en el cerebro, por tanto, se tiene que descubrir y determinar dicho mal cerebral. La segunda actitud, se comprende como una visión subjetiva, el médico psiquiatra tiene que indagar en los datos biográficos de su paciente. Diego Gracia explica en *Bioética Clínica* que: “En la idea de bienestar influye mucho el sistema de valores de cada persona, y su propio proyecto de vida, es decir, el objeto de felicidad y perfección que se haya propuesto.” (Diego Gracia: *Ibid.*, p. 81). Aquí el paciente hace evidente con su información los hábitos y valores en su vida cotidiana, y al quejarse como el dolor afecta su idea de vida. De lo anterior, el médico logra conjuntar estas dos visiones tanto la objetiva como la subjetiva para adquirir “el poder para diferenciar lo correcto de lo incorrecto, sino también lo bueno de lo malo. De ahí su gran autoridad moral.” (*Ibid.*, p. 54). Es decir, además de que el médico psiquiatra logra identificar si en verdad el paciente está enfermo y qué tipo específico de enfermedad tiene, también se investiga el grado de responsabilidad que tiene el paciente para cuidarse a sí mismo o por contrario, determinar si a causa de sus actos personales han contribuido para estar en dicha situación de enfermedad (como se pudo ver en los casos de Gregorio Paz y Jorge Robles).

Es por eso, que ya desde Aristóteles se pensaba que si un hombre sentía un placer y un dolor excesivos, éste ya no estaba en condiciones para decidir con prudencia.

“El placer y la pena, en efecto, no corrompen ni deforman todos los juicios (como el de que el triángulo tiene o no tiene los ángulos iguales a dos rectos), sino sólo los juicios concernientes a la acción moral. Porque los principios de los actos son el fin por el cual se ejecutan los actos; y al que está estragado por el placer o la pena no le parece inmediatamente el principio, ni percibe que por motivo del principio y por causa de él debe preferir y obrar en todas circunstancias. El vicio es, de esta suerte, corruptor del principio.” (Aristóteles: *Ética Nicomaquea*. México, Porrúa, 1989, p. 77).⁶⁵

⁶⁵ La Dra. María Teresa Padilla Longoria muy amablemente hizo la traducción del párrafo en la versión inglesa de Christopher Rowe y cotejada con el griego original, para poder comparar dicho párrafo con el correspondiente texto en español. “Lo que es placentero o doloroso no corrompe o distorsiona cualquier clase de creencia, por ejemplo, que los ángulos internos de un triángulo sumen o no sumen dos ángulos rectos, sólo las creencias en la esfera de la acción. Como punto de partida de los proyectos o las acciones prácticas, éstas están constituidas por aquella que estos proyectos tienden; pero una vez que alguien está corrompido o

Es por eso, que “al enfermo no sólo debe considerársele como un incapacitado físico o biológico, sino también moral.” (Diego Gracia: *Op. Cit.*, p. 54). El problema es que esta extensión de *incapacidad* en el ser humano al estar enfermo, no sólo atañe a su cuerpo, sino también a su mente, sus ideas, ya no puede decidir en beneficio propio. Ello significa que el ser humano en cuestión tiene que someterse al cuidado y protección del médico. Superada su situación vuelve a tener el control de su vida, siempre y cuando coopere y haga caso a todas las indicaciones clínicas.

No en todas las situaciones de enfermedad⁶⁶ se logra recuperar tanto la salud como la autonomía del individuo. Entonces ¿se debe entender que un enfermo mental al considerársele médicamente como un caso grave pierde su dignidad como persona y convierte en un ser vivo enfermo y sin esperanza de libertad?

Franco Basaglia en *Razón locura y sociedad* describe la imagen del enfermo mental ante el médico psiquiatra en cualquier hospital psiquiátrico del mundo:

“Como psiquiatras, al ingresar en cualquier manicomio del mundo, encontramos siempre el mismo rostro de enfermo o mejor dicho el mismo rostro de internado.

La cara del internado es una cara de persona anémica, que no dice nada, que se queda quieto, que toma actitudes pasivas y que bajo las órdenes del enfermero, bajo las órdenes del médico, espera ese día que no llegará nunca, el día de su salida, el día de su alta.” (Franco Basaglia: *Razón, locura y sociedad*. México, Siglo XXI, 1978, p. 17).

Es urgente hacer entender a los psiquiatras, a las familias de los pacientes y, a la sociedad en general, que deben sensibilizar su postura, aun cuando ésta se encuentra justificada por la labor en parte científica y en parte burocrática, que representa y por ello, creer que su autoridad debe ser en un sentido tiránico y deshumanizado, hasta el punto de anular a la persona e imponer en ella tan solo la imagen de enfermo mental. Tomás Szasz en julio de 1975 hizo una serie de declaraciones a este respecto, ya que siendo un crítico constante contra imperialismo psiquiátrico y la nueva ideología de la salud mental advertía en ese entonces:

pervertido a través del placer o dolor, él fracasa en ver el punto de partida o principio, y ver que uno puede escoger todo, y actuar únicamente por esto y sólo por esto, porque el mal es corruptor de este principio o este punto o principio de partida. La conclusión necesaria es que la sabiduría es una distinción acompañada de una prescripción racional, verdadera, en la esfera de los bienes humanos, relativos a la acción.” (Christopher Rowe and Sarah Broadie: *Aristoteles Nicomachean Ethica*. Oxford University Press, 2002, p.180.)

⁶⁶ Véase a Diego Gracia: *Bioética clínica*. Colombia, edit. El búho, 1998, pp. 82-83. Para una explicación más extensa a cerca de los diferentes tipos de enfermedad.

“ De la misma forma el diagnóstico psiquiátrico no existe. Al menos no en el sentido en que existen diagnósticos médicos como el de la leucemia o diabetes. De hecho los diagnósticos psiquiátricos son términos a los que se le da una apariencia de términos médicos; son una especie de falsificación deliberada de la terminología médica. Son, [...] aplicados a dos tipos de personas: los que quieren ser incapacitados y ser tratados; como tales y aquellos que quieren ser dejados en paz, o bien quieren ser tratados como criminales acusados, los llamados pacientes psicóticos o involuntarios. También implícito en mi punto de vista está que, al igual que no existe la enfermedad mental ni el diagnóstico psiquiátrico tampoco existe el tratamiento psiquiátrico. El término ‘ tratamiento psiquiátrico’ es otra de las expresiones seudo médicas a tribuida a ciertas cosas que los psiquiatras hacen con los llamados ‘pacientes mentales’. Igual que el diagnóstico ‘ el tratamiento’ puede ser también voluntario o involuntario. Puede consistir en conversar, o administrar drogas, o cortar el cerebro u otras cosas. [...] dijo esto, porque si no existe una lesión corporal no hay enfermedad que tratar si no hay paciente voluntario no hay paciente que tratar. Por uno o por los dos aspectos de los tratamientos psiquiátricos – en contraste con los tratamientos médicos o quirúrgicos- no son verdaderos tratamientos, tan sólo se asemejan a ellos.” (*Ibid.*, pp.95-96).

De lo anterior, entonces, podremos advertir que la labor del psiquiatra, su contribución social por medio del trabajo científico, técnico y burocrático, que realiza es cuestionable, que podemos dudar de él, que logre recuperar a los pacientes y enfermos mentales. Ya que los psiquiatras han perdido la capacidad de distinguir lo que es la realidad de estas personas y lo que es creer que está juzgando como la presencia de la enfermedad mental.

Pero esto no se advierte o se hace evidente, ya que todavía las personas ven en la imagen del médico o de cualquier médico especialista como en el caso del psiquiatra a una persona capaz y responsable, se piensa que él sabrá qué el lo mejor para los pacientes y más, en el caso de los enfermos mentales que están bajo su protección, aún en contra de su voluntad, ya que la familia es quien da el consentimiento de hospitalización. La familia deposita todas sus esperanzas y decisiones a futuro con relación a su familiar, dependiendo de lo que el médico indique en torno a la evolución del enfermo mental.

Es lamentable observar, a partir de los cuatro casos expuestos a lo largo de este trabajo, y otros más como prueba cuantitativa. (Véase tabla del registro de población de los hospitales psiquiátricos, donde se advierte que un enfermo mental pasa por un tiempo de hospitalización como mínimo 5 años y como máximo 58 años de su vida) del poco o nulo interés hasta llegar a un grado de abandono por parte de la familia de los enfermos mentales.

Se debe hacer una labor de conciencia en torno a este panorama. Ni el psiquiatra debe asumir un lugar de control absoluto sobre el enfermo mental al grado de negarle su libertad, por creer que no existe una esperanza de mejoría debido a la discapacidad mental. Ni tampoco permitir que la familia y la sociedad, sigan teniendo un papel de simples espectadores, debido a prácticas sociales y culturales heredadas del pasado y que siguen persistiendo en el presente, enmarcada en la idea de

excluir y marginar a todo ser humano que no gobierna su vida con base en la razón, por lo que se tiene la sospecha que ese ser humano está loco, siendo conducido a un hospital psiquiátrico donde el psiquiatra, de antemano, ya lo observará como un caso más de enfermedad mental.

Si tenemos una pizca de humanidad, miremos nuevamente al loco, no es sólo como señalan los psiquiatras un cerebro dañado, hay más, existe algo más. Aun sobre su circunstancia de *enfermedad mental*, el loco conserva su humanidad, deviene una historia como persona, ya que él no surgió de la nada tiene un principio como todos los seres humanos. No importa, en este caso que él ya no sea una persona completamente razonable, que quede a merced de la enfermedad mental, porque así lo queremos creer eso es nuestro problema. Pero, algo que no debemos dejar de tener presente es que, él continúa siendo lo que es, un ser humano que vive en la locura conservándose así hasta el final de sus días, como una persona loca. Pero una persona al fin. Tomás Szasz expone un ejemplo sencillo respecto a esto.

“alguien dice ser Cristo. El psiquiatra dirá que esta persona padece de esquizofrenia. Pero es evidente que tal persona ‘padece’ en el sentido habitual de la palabra. Después de todo no se está quejando de ser Cristo, está presumiendo de serlo. El psiquiatra considera que este ‘paciente’ tiene un problema. Pero yo digo: no, no es cierto, tiene una solución. Es por esto que resulta tan difícil cambiar la forma de pensar del llamado psicótico. No cuestiona, no duda: ¡Sabe!” (*Ibid.*, p. 95).

Se requiere una apertura de conciencia no sólo del psiquiatra, sino del Estado y la sociedad. Si se logra romper esa estructura tan rígida y estereotipada del mundo psiquiátrico, del hospital psiquiátrico, del poder psiquiátrico, entonces, la sociedad puede y debe tomar una actitud distinta ante los enfermos mentales, empezando por dejarlos de ver bajo esa perspectiva de que son un peligro y una carga social,. Ello obligaría a tener otra actitud tanto individual como social, es decir, acceder a vivir y convivir en una cultura más abierta y comprensiva ante la existencia de estas personas y su entorno. El impacto a este cambio debe trastocar al propio Estado, viéndose obligado a crear compromisos políticos, sociales y culturales, creando nuevos espacios, programas e instituciones de salud, apoyo, orientación y protección hacia este sector y sus familias. Esta apertura no se debe ver como un lujo, sino como una necesidad, ya que al no hacerlo se está atentando contra la propia vida de estas personas, son seres humanos en situación de riesgo, que en lugar de ser apoyados y comprendidos como tales, se les ha negado hasta la posibilidad de sus arrebatos de tristeza y felicidad ante los problemas personales, dejándolos quietos, callados por los medicamentos y trato que reciben. Tomás Szasz comenta al respecto:

” Pero no es más tonto que dar, o tomar, sustancias químicas que envenenan el cerebro para tratar ‘enfermedades mentales’ que, de hecho, son problemas matrimoniales, profesionales, sexuales, habitacionales, etcétera.” (Op. Cit., p. 94).

Occidente ha logrado avanzar con respecto de esto. Se ha entendido que el hospital psiquiátrico público, que los administradores, técnicos y, sobre todo, los psiquiatras han quedado varados en su ejercicio principal de ocuparse de los enfermos mentales. Habían llegado a un extremo crítico de burocratización de la institución psiquiátrica hasta convertirse en cárceles, en asilos. Algo muy semejante a lo que se mostró en la situación de la institución de la psiquiátrica pública en México.

Francia ha logrado ir abriendo los asilos desde la década de los setentas, para lo cual, ha ido implementando pequeños centros de salud mental en diferentes sectores de la ciudad para atender a la población recién salida de los asilos. La salida de los enfermos mentales de los hospitales hacia la vida social no ha sido fácil ni sencilla. Se ha tenido que ir trabajando desde el ámbito social, con las familias y los centros de salud mental que sirven de apoyo a éstas, para que aprendan a convivir con los enfermos mentales. Pero, sobre todo se ha tenido que pensar en estas personas no como enfermos mentales, sino en personas con necesidades vitales y concretas para su regreso a la vida común. El Dr. Roger Gentis, Médico en jefe del sector en la región de Orléans, en *¿Las razones de locura?...* Explicó la necesidad de recuperar a dicha población a partir de la situación de cada persona:

“Lo que haría falta sería conservar a las personas en una vida que tenga exigencias compatibles con lo que son capaces de hacer, no mayores, porque serían incapaces de afrontarlas, pero tampoco menores, porque en ese momento perderían las capacidades que les quedan, al no tener ocasión de utilizarlas.” (Jaacques Adout: *¿Las razones de la locura? Una encuesta de radio de la Suiza francesa.* [Tr. José Andrés Pérez Carballo], México, FCE, 2000, p. 172).

En el caso de los psiquiatras, su labor debe encaminarse hacia otro tipo de investigación, menos biológica y técnica para comprender otros aspectos más humanos y sociales, para de allí derivar no al aspecto organicista de la supuesta enfermedad mental, sino de los posibles factores sociales e individuales que provocaron en esa persona el escape de la vida cotidiana. Esto con la intención de no creer que al sacar al enfermo mental del hospital se va a readaptar de inmediato a la sociedad, sino, primero, se debe encontrar el sentido en él para que sea un ser activo y pueda en ello, expresar, poco a poco, lo que puede construirlo como persona, procurando su cuidado de las agresiones del mundo exterior hasta que logre cierta confianza en sí mismo. El Dr. Roger Gentis explica esta situación en el caso de personas bajo tratamiento por alcoholismo:

“A menudo, el tratamiento del alcoholismo consiste, equivocadamente, en confinar al alcohólico en un centro de desintoxicación durante tres meses, con lo cual el problema de la reinserción se plantea al cabo de los mismos. Haría falta que se pudiera cuidar disminuyendo un poco su actividad, incluso continuando en su trabajo, si se forma una especie de bloque terapéutico en torno suyo, ya que, habitualmente, el medio en que vive se dedica a hundirlo más que a ayudarlo. No hablo solamente de la familia, sino del medio profesional, de los superiores, del patrón, de todo el mundo.” (*Ibid.*, p. 75).

También, en este aspecto deben intervenir los técnicos de la salud, como lo son los enfermeros, su labor debe estar orientada al acompañamiento de los enfermos mentales en diversas actividades para establecer nuevamente la relación con otras personas y cosas, para empezar a salir de sí mismas, de la soledad, del aburrimiento en que cayeron provocado por el tiempo de la hospitalización. El Dr. Gentis explica:

“ En lo que refiere a los enfermeros, ponen dos o tres inyecciones intramusculares en el día, pero, el resto del tiempo, ¿ qué es lo que hacen? Pues bien, cuando no discuten con los enfermos, juegan al balón con ellos o al ping-pong o trabajan en un pequeño taller de cestería o se van de paseo, o simplemente, se fuman un cigarrillo. Verdaderamente es un trabajo que no parece serlo.” (*Ibid.*, p. 167).

La sociedad, por su parte, ha tenido que ir abriendo espacios para recibir a enfermos mentales con la intención de incorporarse con sus familias, o en espacios de vivienda propios o compartidos con otros enfermos mentales, y lugares para su recreación. Nuevamente el Dr. Roger Gentis comenta al respecto:

“ Dispersar a los enfermos, pero no solamente dispersarlos, sino fragmentar su tiempo, enviarlos dos meses en un lugar, tres meses a otro, la mayor parte del tiempo a lugares que no tuvieran nada de hospitalario propiamente dicho, preferiblemente a recibir en familias, en pequeñas comunidades, entre artesanos. O en *Chalets* en invierno y tiendas de campaña en verano, como he dicho; éste sería el verdadero tratamiento de quizás el 40 o 50 % de los enfermos que todavía están encerrados en hospitales psiquiátricos.” (*Ibid.*, p. 168).

Lo más importante de todo esto es recuperar la dignidad de personas en los enfermos mentales, no es que la hayan perdido, sino que la han escondido ante nuestra actitud tan racionalista de lo que debe ser la realidad. Lo que sucede es que nosotros hemos perdido ese sentido a causa de someter nuestra vidas a la exigencias del éxito y competitividad social que va más allá del simple capitalismo. Nosotros ya no nos consideramos personas, sino máquinas de trabajo que cuando dejan de funcionar, se deben desechar. Se tendría que perseguir, como ideal, lo contrario. El Dr. Gentis habla al respecto:

“ La condición para ‘curar la vida’ sería entonces transformar el funcionamiento y la organización de la sociedad, lo que supone que los fines de la misma tendrían que ser también modificadas, aquellos por los que ahora nos afanamos tanto. Aspirar a una sociedad que esté hecha para el hombre y no a la inversa, que no se al hombre quién este hecho para que funcione una determinada sociedad.” (*Ibid.*, p. 176).

II) El loco también es persona.

De lo anterior, podemos comprender que lo que está aconteciendo en occidente son acciones que apuntan hacia un modo distinto de ver a los enfermos mentales, hacia una cultura del respeto de las personas locas.

Quienes representan a las instituciones psiquiátricas públicas europeas aceptan que, por el bien de los enfermos mentales, se debe fomentar un cambio en las condiciones de vida en cuanto forma de existencia pasiva, dicha situación ha sido provocada por una excesiva vigilancia de los servicios hospitalarios y la nula relación humana, la cual somete indefectiblemente a este tipo de pacientes. El Dr. Roger Gentis señala al respecto: “[...] por el contrario, el hospital, en muchísimos casos, es nocivo, infunde a la gente cierta pasividad, cierto estado crónico como suele decirse, y que para luchar, precisamente, contra ese estado crónico, es preciso que salgan todo lo posible.” (*Ibid.*, p. 167).

La labor no es sencilla, ya que se pretende ir cerrando los hospitales psiquiátricos que se han convertido con el tiempo en asilos. Los enfermos mentales requieren ciertas condiciones de vida antes de pensar en su reintegración social, como bien señalamos en el apartado anterior, pero lo más urgente es modificar nuestro modo de ver y tratar a los enfermos mentales, integrar en él un sentido humanista.

Es por eso que, a partir de establecer otro tipo de relación como se sugiere a través del juego y los paseos, la convivencia con familias, salir del hospital psiquiátrico, no de manera inmediata, sino a través de un proceso de alejamiento para irse acostumbrando otra vez al mundo exterior. Con ello, se intenta ir desapareciendo la imagen del enfermo mental y que, en su lugar, vaya surgiendo la imagen de una persona que juega a la pelota, se pueda sentar en el pasto de algún parque, que puede convivir con otras personas y sus familiares, que puede salir a conocer otros lugares. A menos que aún estemos concentrados en advertir en ellos sus actos irracionales, al momento de estar junto a una de estas personas. Edith Kleiber, enfermera de profesión en la Clínica *La Borde* (Francia), advertía esta situación al momento de tener contacto con los enfermos mentales. Ella los distinguía por la forma de vestir y el hábito de fumar.

“Hay ... una especie de descuido físico evidente. Yo me fijaba en los zapatos para ver si estaban atadas las agujetas o no, en los zapatos y en las manos. [...] No, se trata de las quemaduras de los cigarrillos. [...] generalmente fuman sus cigarrillos hasta el final, por lo que tienen los dedos completamente ennegrecidos.” (*Ibid.*, p. 141).

No obstante, ella misma acepta que la convivencia diaria, las actividades, la libertad que se va otorgando a cada uno de los enfermos mentales, la gente cerca de ellos empieza a verlos de otro modo. Edith Kleiber pudo adquirir esta sensibilidad, después de un poco más de un año de convivencia con los enfermos de *La Borde*. Dicha clínica psiquiátrica de carácter público, se distingue por no ser una Institución cerrada, es decir, no existen restricciones de acceso en sus instalaciones, tiene grandes espacios verdes, sin una vigilancia de tipo carcelario por parte de su administración y equipo médico, la actividad clínica y terapéutica se concentra en la habilitación de los enfermos mentales para vivir en comunidad y, éstos se sientan motivados para salir fuera del ámbito hospitalario, en compañía de personas que funcionan como “acompañantes” y de otros enfermos mentales, por motivo de un paseo a algún lugar o ir al cine. El personal que trabaja en *La Borde* se da cuenta, como lo constata Edith Kleiber, que estas condiciones de vida en la clínica tienen un impacto positivo en los enfermos mentales, así como un cambio de mentalidad en la gente que tiene contacto con ellos, se empieza a valorar la presencia de éstos desde una mirada más humana:

“Que existe el sufrimiento, como en las enfermedades físicas, episodios de sufrimiento, oleadas de sufrimiento, pero que, en lo demás, su relación con la realidad es la misma que la nuestra. En todo caso no es como en los chistes, el loco que no se separa nunca de su cepillo de dientes. Los locos son como todo el mundo; a unos se les quiere y a otros no se les quiere tanto, y puede crearse una relación con ellos como con los demás.” (Jacques *Ibid.*, p. 148).

Es perceptible que para que esta labor pueda alcanzar mejores condiciones en la vida de estas personas, desde el ámbito social como individual, es necesario que primero actúen las personas que se encuentran a su alrededor, demostrándoles confianza y compromiso para lograr dichas metas. Es una obligación moral que se tienen para con ellos, por el hecho de haberlos relegado en el hospital psiquiátrico al pensar que eran distintos al resto de las personas, por no regir su vida de manera racionalista.

Se tiene que entender que, aun cuando estas prácticas sociales del encierro y de la exclusión parezcan recientes, resulta una herencia cultural de siglos anteriores (a partir del siglo XVII), lo que permitió constituirse en un tipo de educación social y moral en la vida moderna de Europa, que posteriormente se trasladó hacia América. Este conjunto de leyes sociales y morales se volvieron

imprescindibles tanto en la vida social e individual, configurándose como el modelo dominante de razón humana que trataba de controlar la existencia, bajo la idea de orden y progreso.

Las personas que no piensen, no se expresen, o dejen de actuar bajo esta perspectiva racionalista sería semejante a estar locos y ello, lo que obliga a imponer a los individuos un desconocimiento absoluto por parte de quienes si siguen estas normas. Máxime Chastaing en *L'existence d'autrui* ha podido sintetizar esta postura cartesiana, con una trágica ironía cuando escribe:

“ Yo dudo de lo que tu piensas; yo dudo que tú pienses; Yo dudo que tú seas,. Yo dudo de este mundo en que conjuntamente estamos; yo no dudo de estar solo en el mundo; yo no encuentro en Dios ninguna buena razón para pensar que tú seas; yo no encuentro en la palabra ninguna buena razón para pensar que tú seas”. (Máxime Chastaing: *L'existence d' autrui*. París, 1951, p. 323).

Dicha lógica podría tomar las siguientes dimensiones en aquel individuo que se convenciera a sí mismo que está en los límites de la razón cartesiana, como bien ejemplifica el personalista español Mariano Moreno Villas en *El hombre como persona*:

“...yo no encuentro ninguna buena razón para amarte; no encuentro ninguna razón para poner en peligro mi pellejo, que existe, por el tuyo, que dudo que exista; no encuentro ninguna buena razón para tratarte como un fin y no como un medio; no encuentro ninguna buena razón para que tú no estés a mi servicio. Y podríamos exagerar todavía un poco más: no encuentro ninguna buena razón que me impida matarte. Diciéndolo con la celebre pregunta de Max Horkheimer: ¿ por qué no debo matarte en el caso de que me gustara?.” (Mariano Moreno Villa: *El hombre como persona*. Madrid, Caparrós editores, 1995, pp. 56-57)

El problema es considerar que el ser humano es insuperable por el hecho de poseer una naturaleza inteligente, que no duda en actuar conforme a su beneficio, imponiéndose ante los demás seres vivos inferiores debido a sus condiciones de existencia, incluyendo a aquellos seres de su misma especie que no posean o no hayan desarrollado en igual medida esa actitud racionalista. Ejemplo de ello, ante esta búsqueda de perfección humana, ciertas culturas como en el caso de Alemania durante la segunda guerra mundial, concibieron y aprobaron una serie de prácticas sociales de discriminación racial, con la pretensión de concebir y formar hombres de una inteligencia superior y una condición física que reflejaran la fortaleza y la salud humanas ideales plasmadas en la raza aria. Los excesos de estas prácticas sociales aún se siguen considerando un peligro en contra de la humanidad. A sesenta años del cierre de uno de los campos de concentración y exterminio en Polonia, Auschwitz donde murieron un millón, quinientas mil personas, por ser consideradas por los alemanes nazis como no aptos para el trabajo, entre hombres, mujeres, niños, ancianos no sólo

judíos, gitanos o de otras etnias distintas a la germana, además se enviaron a dicho lugar a gente enferma y discapacitados física, sobre todo, mentalmente, eran indeseables, una carga social y humana, que debía desaparecer. Viktor E. Frankl en *El hombre en busca de sentido* relata los desafortunados hechos que se vivieron en el campo de concentración más famoso durante la segunda guerra mundial, debido a la extrema crueldad con que se trataba a todo aquel ser humano que llegaba allí, cualquier debilidad, cualquier flaqueza o enfermedad que mostraran los detenidos, eran excusa para decidir su muerte:

“Pero una cosa os suplico, continuó, que os afeitéis a diario, completamente si podéis, aunque tengáis que utilizar un trozo de vidrio para ello... aunque tengáis que desprenderos del último pedazo de pan. Pareceréis más jóvenes y los arañazos harán que vuestras mejillas parezcan más lozanas. Si queréis manteneros vivos sólo hay un medio: aplicaros a vuestro trabajo. Si alguna vez cojeáis, si, por ejemplo, tenéis una pequeña ampolla en el talón, y un SS lo ve, os apartará a un lado y al día siguiente podéis asegurar que os mandará a la cámara de gas. ¿Sabéis a quién llamamos aquí un ‘musulmán’? Al que tiene un aspecto miserable, por dentro y por fuera, enfermo y demacrado y es incapaz de realizar trabajos duros por más tiempo: ése es un ‘musulmán’. Más pronto o más tarde, por regla general más pronto, el ‘musulmán’ acaba en la cámara de gas.” (Viktor E. Frankl: *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, Herder, 21ª. Edición, 2001, pp. 39-40.)

Miremos nuevamente a occidente, donde surgen voces de filósofos que han reflexionado para tratar de mirar el porvenir del hombre, no sólo bajo la única esperanza de que logre un desarrollo racional que le garantice un control de cada una de sus acciones y su libertad. No, estos pensadores quieren más que eso, recuperar el valor, la naturaleza humana en función de la relación con el mundo, sin olvidar que por ello puede ser imperfecto, limitado, hombre o mujer, con posibilidad de transformar su vida en una dignidad y libertad de su persona y con reconocimiento de las otras personas.

Por ejemplo, el filósofo y escritor francés Mounier (1905-1950) defendió la concepción de persona entendida como una unión substancial del organismo físico-químico y de la psique; estas dos cualidades esenciales permiten que la persona sea un ser psíco-físico:

“Yo soy una persona desde mi existencia más elemental y lejos de despersonalizarme, mi existencia encarnada es un factor esencial de mi asentamiento personal. Mi cuerpo no es un objeto entre los objetos, el más cercano de ellos: ¿Cómo podría unirse en ese caso a mi experiencia de sujeto? De hecho, las dos experiencias no están separadas: *Yo existo subjetivamente, yo existo corporalmente*, son una y misma experiencia. No puede pensar sin ser, ni ser sin mi cuerpo: Yo estoy *expuesto* por él, a mí mismo al mundo, a los otros; por él escape de la soledad de un pensamiento que no sería más que pensamiento que no sería más que pensamiento de mi pensamiento.” (Emmanuel Mounier: *El personalismo* en Obras completas. [Tr. Aída Aisensoy y Beatriz Dorriots], Tomo III. Salamanca, Sígueme, 1990,p469).

Por consiguiente, el hombre al estar situado en el cosmos, en un primer momento se descubre a sí mismo como un ser material. Sin embargo, esta condición no lo limita, sino que logra superarse su nivel instintivo para establecer otro tipo de reacción con la realidad, dispone de sí ante todo lo que le rodea, convierte el cosmos en mundo. Es decir, la vida de los seres surge en un lugar determinado en el cosmos, ya que se rige por una existencia instintiva. La persona al superarse ese nivel instintivo se vuelve a un ser mundano, además de ser un ser cósmico es también mundano.

Sin embargo, al darse este proceso que ya señalamos, la persona se instala en una realidad “espacio-temporal”, siendo que ella emana el devenir existencial. Entonces, la persona es un ser esencialmente histórico. El filósofo español Julián Marías (1914-...) en *Mapa del mundo personal* explica que la persona es un ser *futurizo*, ya que se abre a la novedad del transcurrir histórico.

“La vida humana es futuriza; está orientada o proyectada hacia el futuro. Es anticipación de sí misma; por tanto, imaginación más o menos rica y detallada de algo que no existe pero se ve como porvenir.” (Julián Marías: Mapa del mundo personal. Madrid, Alianza Editorial, 1993, p. 17).

Es así, que la persona al estar en constante movimiento, le permite, además, de manera consciente, disponer de sí mismo en el devenir histórico. No sólo vivir para el presente cubriendo necesidades vitales de su existencia, sino además, poder volcarse hacia delante considerándolo como un tiempo futuro, reteniendo sus experiencias pasadas por la memoria. Entonces, la persona es capaz de *adaptarse al tiempo* en el cual se proyecta para medirlo, conocerlo, proyectar lo nuevo. Trabajar, producir, inventar, siendo que tiene la posibilidad de enfrentarse al tiempo de manera activa y no sólo sufrirlo, como sucede en el proceso natural de los demás seres (animales, plantas, microorganismos, etc.). Otro filósofo español, Mariano Moreno Villa explica la condición de la persona en la realidad: “La persona se autopercibe a sí misma como un ser fronterizo entre la memoria de lo pasado y el proyecto de lo por venir; y la frontera es su percepción del presente. Por esto es un ser responsable, porque puede disponer de sí mismo y en su disposición de sí mismo puede construir o dominar a los demás, así como construirse o destruirse a sí propio.” (Mariano Moreno Villa: *Ibid.*, p. 138).

Sin embargo, la persona no es un ser aislado del mundo, ni tiene su propio fundamento en sí misma, porque necesita de los demás. Para que pueda la persona trascender hacia las demás personas, hacia el mundo que le rodea es necesario primero que sea una realidad inmanente, en una mismidad. Mariano Moreno Villa comenta al respecto:

“La persona se posee a sí misma, es una realidad propia, *de suyo*, de tal forma que la alteridad está enraizada y posibilitada en la mismidad como condición necesaria para la relación con el otro. Si sólo se acentúa la mismidad, la propiedad, la persona humana se frustraría, pues quedaría como una mónada cerrada, sin posibilidad de trascendencia. Si sólo se hace hincapié en la alteridad, se corre el riesgo de olvidar la realidad substantiva, óptica, que intrínsecamente la persona es como sujeto que se autoposee; y esta auto posesión es absolutamente necesaria para que pueda *darse* el encuentro y *darse* la persona, el mismo, a la otra.” (*Ibid.*, p. 145).

Pero, dicha realidad comienza desde que el ser humano es embrión, lo que significa que la persona existe antes de actuar, después, va teniendo una evolución a lo largo la vida concreta. El pensador español Xavier Zubiri (1898-1983) en *El hombre y Dios* define el proceso de la realidad de la persona que surge como personeidad y que da origen a la personalidad, ambos esculpen al ser humano:

“En definitiva, desde que el embrión humano tiene esa forma de realidad, que es la personeidad se va siempre modelando a lo largo de toda la vida humanamente constituida. La personeidad se es y es siempre la misma; la personalidad se va formando a lo largo de todo el proceso psico-orgánico [del ser humano hasta el momento de la muerte]. Por eso el hombre es siempre el mismo pero nunca es lo mismo; por razón de su personeidad es siempre el mismo, por razón de su personalidad nunca es lo mismo.” (Xavier Zubiri: *El hombre y Dios*. Madrid, Alianza Editorial, 1984, pp. 50-51).

Si no hay personeidad no puede existir encuentro con los demás personas, por el hecho de que sólo puede encontrárselo que previamente es. Pero sin la relación con los demás, no se desarrollará la personalidad y tampoco hubiera sido posible la personeidad, en tanto que nuestro ser se lo debe a otros.

Lo que significa, que con la creación de un nuevo ser humano, no sólo tiene valor por lo que representa en sí como un nuevo ser vivo o biológico, sino que, además, por lo que representa como parte de la existencia humana, que tiene su valor a su vez, por el encuentro y entrega entre dos personas que dan vida a una nueva persona, que requiere de ellos para constituirse posteriormente en la presencia de sí mismo, en una realidad concreta. Entonces, se debe entender que la persona tiene presencia mucho antes de constituirse por sí mismo, debido al hecho de la presencia de otras personas que le permitieron constituirse en él mismo. Así lo refiere el filósofo español Mariano Moreno Villa:

“En la constitución de la *suidad* de cada cuales absolutamente necesario la alteridad (las otras suidades), al menos genéticamente. Así pues, la persona sólo es suidad si previamente hay suidades que le confieren su existencia. Pero para que la suidad de cada uno sea tal, las suidades de los demás, dejar de serlo, han sido alteridad con el fin de posibilitar mi suidad y ello sin dejar ellas de ser suyas. Esto significa que una suidad no transita hasta la alteridad, queda sola y no fructifica en la constitución de alteridad alguna, pues las suidades, estrictamente no son las que se encuentran, sino éstas en tanto que alteridades.” (Mariano Moreno Villa: *Op. Cit.*, p. 147).

Es por eso que al nacer un ser humano inmediatamente los padres, la familia tratan de reconocer e identificar ciertos rasgos o parecidos físicos en él, aun cuando con el tiempo por sí mismo se dará a conocer a los demás, como una nueva persona única, aunque con cierto parecido físico al de ellos, lo que le garantizara cierta pertenencia al grupo o a la comunidad, o a la familia a la que pertenece, para recibir cuidados y atención, cimentados en el afecto y compromiso para con él, sobre todo, ello le permitirá superar los primeros años de vida. J. Gevaert en *El problema del hombre* explica el hecho de cómo los hombres conciben la noción de persona y la asumen ante la presencia de otros hombres, ya como personas.

“La idea de persona va ligada en primer lugar a la *unicidad* de todo ser humano. Esta unicidad indica precisamente aquello que no pertenece ya a una naturaleza, aquello que rompe todas las categorías por encontrarse más allá de ellas: el otro, el tú, alguien. Los seres de la naturaleza – individuos que pertenecen a una especie- encuentran su inteligibilidad en las características generales de la especie. Con la idea de persona se indica algo que es absolutamente diverso del individuo. Todo hombre es también un individuo, porque pertenece también a una especie. Se distingue por consiguiente de los demás individuos de la misma especie por medio de ciertas características individuales: el peso, el color, la forma, etc. Al afirmar que todo hombre es persona se subraya que (más allá de todas las diferencias categoriales e individuales) es un ser singular, inconfundible e insustituible, único. Es esa unicidad la que se manifiesta de un modo trágico en la muerte de la persona querida.” (J. Gevaert: *El problema del hombre. Introducción a la antropología filosófica*. [Traducción A. Ortiz], Salamanca, Sígueme, 6ª. Edición, 1984, pp. 64-65.)

Con el paso del tiempo la persona se volverá cada vez más independiente, pero ello no significa que pueda dejar de disponer de la convivencia con otras personas. Por el contrario, para tener la posibilidad de una vida plena, es necesario que esa persona tenga un encuentro constante con otros, que construya una vida cotidiana donde encuentre un reconocimiento por su sola presencia ante los demás.

“La unicidad de la persona no se revela más que en la *comunidad interpersonal*. La persona no es un ser cerrado que, por lo demás, es también capaz de ponerse en contacto con otras personas. Está siempre en cierto modo inserta en la comunidad, que sin embargo es susceptible de diversos grados de realización y puede verse además estorbada o impedida por la condición corpórea. La persona es por excelencia el ser de la palabra y del amor, mientras que la cosa es la realidad sobre la que se habla y de la que se puede disponer. La persona es el ser que interpela o al que tengo que responder. La llamada y la invocación pertenecen estructuralmente a la persona. Podría hablarse de una estructura ‘dialogal’ o ‘responsorial’ del hombre, o bien de una característica de ‘apelabilidad’ o de ‘vocabilidad’: orientación ontológica que no sólo hace posible la palabra y el amor, sino que requiere también necesariamente la expresión de sí en el amor y en la palabra. La palabra y la respuesta –lo decimos una vez más– no son aquí una cosa puramente intelectual; se trata de una relación concreta, de una ‘acometida’ frente a los demás. Por el hecho de que el otro existe, de que está ahí delante de mí, su misma presencia es llamada, exigencia de reconocimiento y de amor. No es posible dejar de responder.” (*Ibid.*, p.65.)

Si la presencia de la persona es importante, ya sea al momento de reconocerle por su rostro o al recordar el vínculo que tiene con otras personas. Así también, es importante el modo en cómo se manifiesta, es decir, en su dignidad.

La dignidad de la persona también debe ser contemplada en dos etapas. Existe dignidad de la persona en sí misma, en su suidad, en su mismidad, en su propiedad, lo que permitirá con el paso del tiempo que la persona acceda a la dignidad del comportamiento moral. La dignidad de la persona emana de sí misma, de su ser, debe ser concebida, como la dignidad, esto es, “ la dignidad ontológica, premoral de la persona, como debe ser digno por el sólo hecho de ser persona e incluso al margen de su comportamiento moral.” (*Ibid.*, p. 165). Es decir, la dignidad moral se da en la praxis de la persona y la dignidad es previa a aquella.

Es preciso establecer esta distinción, pues un ser humano todavía no nacido no ha llegado a la praxis, sino sólo a la pasión receptiva y en este sentido, no es digno por su comportamiento digno. Mariano Moreno Villa da un ejemplo:

“De la misma forma, una persona que se encuentra, por ejemplo, en un coma profundo, sólo recibe las acciones de los otros, pero él no realiza acción libre alguna. Algo similar cabe decir de un deficiente psiquiátrico profundo. Su dignidad no viene dada por su acción autónoma en el orden ético, pues está imposibilitado para ello, pero no por ello deja de tener dignidad intrínseca, esto es, su dignidad.” (*Ibid.*, p. 166).

No obstante, la mayoría de la gente tiene la impresión de que la noción de persona sólo se establece al margen de la vida cotidiana, donde éste es capaz de actuar de forma consciente y con acciones con apego a una normatividad (reglas de casa, escuela, trabajo, iglesia, sociedad, etcétera). Por tanto, es un ser digno que merece respeto como persona, ya que se le valora por sus acciones morales y no por él mismo. No se valora a la persona por existir, sino por la labor que ha construido

para crearse una imagen como persona, que desarrolla un conjunto de habilidades con el propósito de integrarse en la sociedad.

Ello implica situarnos en un lugar de exclusión, conforme al pensar que una persona es digna sólo por sus acciones y por tanto, merecedora de reconocimiento por su altísima humanidad. Mariano Moreno Villa exhorta a reflexionar al respecto: “El hombre puede perder su dignidad moral en tanto que actúe inmoralmente, pero jamás puede ser tratado como una bestia, pues conserva siempre su dignidad ontológica.” (*Ibid.*, p. 164).

Se obliga a la persona a utilizar su racionalidad para que sea consciente de sí misma de la realidad, que tenga conocimiento de los objetos y de la existencia de los seres humanos, por medio del establecimiento de acciones morales para alcanzar tales fines. Es así, que se ha reflexionado en el hecho de que el hombre es digno moralmente si su comportamiento moral es más elevado (recordemos la filosofía ética de Kant), porque su comportamiento no debe ser comparado con el de las bestias.

El problema es cuando una persona que nace o en algún momento de su vida padece limitaciones físicas y sobre todo, limitaciones mentales, ya de antemano se le considera disminuido tanto en su presencia como en su dignidad, ya que se piensa que esta persona no podrá responder a las exigencias sociales y morales que se espera de los individuos. Tal vez, como en el caso de los enfermos mentales, al no poder estar conscientes de lo que sucede con ellos y no lograr incorporarse a una vida social activa, no por eso dejan de ser personas. Por el contrario, conservan la presencia de su persona a través de su cuerpo, su rostro ante nosotros y una dignidad por el simple hecho de existir, todo lo demás que haga, que manifieste, o responda de manera mínima, es un esfuerzo más de su voluntad de seguir viviendo en este mundo. Y las demás personas están obligadas a responder a ese llamado por más débil que éste sea. No se puede dejar de responder a ese encuentro ante estas personas. Mariano Moreno Villa explica al respecto:

“El momento privilegiado en la relación con las otras personas es el encuentro, que no puede consistir en algo puramente cognoscitivo, como no puede ser tampoco algo racional accidental; es decir, del encuentro no podemos prescindir, en razón de que cada uno de nosotros se juega su propia constitución personal en el encuentro con los demás, de la misma forma que nuestra propia constitución ontológica depende del encuentro entre los demás [...]. En efecto, en nuestro encuentro con el otro, éste no parece como una simple – ni tampoco compleja – cosa ante la vista, como un objeto comprendido, como pretendiera Husserl o Heidegger, o simplemente contemplado.” (*Ibid.*, pp. 149-150).

La persona al encontrarse con otra no es debido a la soledad de ambas, por esencia es una situación de co-encuentro, siendo que todo encuentro es una afectación en ambos. Ya en el encuentro entre dos sujetos autopercibidos como tales se descubren como personas. Si el sujeto se quedará a un nivel cognoscente ante el otro sujeto, no podrá verlo como tal, sino que lo reduciría a objeto (piense la relación que establece el psiquiatra ante su paciente). Al contrario la persona percibe que no es la otra, de igual manera claramente se distingue que el otro no es la otra persona. De cierto modo la persona vive al otro y el otro vive a la persona; y el encuentro consiste en estar cada una de las personas viviendo en la otra.

Pero, es a través de la experiencia del encuentro de personas, teniendo siempre presentes su existencia y dignidad, para evitar el abuso entre ambos. Mariano Moreno explica el motivo:

“He aquí, entonces que yo tengo una grave responsabilidad sobre mí, pues puedo realizarme como persona o frustrarme y no llegar a ser todo lo que estoy llamado a ser. Pero también tiene gran responsabilidad sobre mí el otro, pues en su encuentro conmigo está en juego lo que yo seré y eso, para él, debe ser tan importante como es para mí lo que el sea. Y tengo una gravísima responsabilidad sobre el otro, pues de la misma forma que mi constitución o mi frustración como persona depende de la relación con otra persona, la realización o el fracaso de la otra persona también depende de mi actitud responsable o no hacia ella. Por eso, cuando jugamos con la otra persona, nos la jugamos (nuestra vida) y se la jugamos éticamente a ella.” (Ibid., pp. 150-151).

Si eso sucede en un encuentro entre dos personas, de manera más comprometida debe darse entre los integrantes de una familia.

Los seres humanos por su naturaleza biológica y corpórea al venir al mundo no tienen las condiciones para protegerse a sí mismos. En consecuencia, requieren del cuidado y la protección por varios años para constituirse en personas física y mentalmente aptas en su propio cuidado. En este caso, las personas inmediatas a su alrededor son sus padres, su familia, los cuales constituyen la comunidad primaria por excelencia para cubrir sus necesidades vitales de existencia y desarrollo, una alimentación adecuada, vestido y calzado, atención en su salud, educación y recreación, etcétera.

Pero el valor que representa la familia va más allá de su origen social como ámbito de reproducción humana. La familia es un encuentro de personas que extiende su compromiso y responsabilidad para dar vida a otras personas, sus hijos. El motivo de unión en una familia no es el de contrarrestar la soledad de los individuos que representan, los padres, si no el amor que se tienen y en ello, radica el anhelo por procrear a los hijos y prodigarles ese amor, para formarlos como personas.

“Cuando un niño es tratado como ‘alguien’, especialmente por sus propios padres y por las personas de su ambiente, podrán percibirse a sí mismo en esa misma dimensión. No cabe duda de que todos los niños humanos son tratados en cierto modo como seres humanos y no como cosas. Pero hay inmensos grados en ello. Precisamente la falta de un amor intenso y profundo hace ver cuál es la función del amor como tal en la afirmación de la persona.

Se sabe, sobre la base de una larga experiencia, que la ausencia de verdadero amor en los primeros años de la infancia, e incluso más adelante, conduce no pocas veces a graves desequilibrios y profundas perturbaciones de la personalidad. La mayor parte de los inadaptados proceden de familias desunidas, donde se vieron perturbadas las relaciones de amor o fueron quizás inexistentes.” (J. Gevaert: Ibid., p.54.)

La comunidad familiar debe generar el desarrollo de los individuos a través de las potencialidades personales, en dos niveles. El primer nivel tiene que ver con la promoción que se logre a una vida social plena, a nivel económico, político y cultural, para que pueda tener acceso y disfrute de las cosas del mundo material. Por otro lado, se debe preparar a las personas para que tengan la capacidad de convivir y desenvolverse en un nivel de la vida comunitaria, donde los seres humanos puedan relacionarse de manera inter- personal con respeto, amor y comprensión, donde, a cada cual, se le conozca por su nombre, por su rostro, por su propia persona.

Se deben tener presentes ambos aspectos que constituyen a familia, sin sobre valorar a alguno de los dos. Por ejemplo, si se declina el aspecto del compromiso social para proteger a los integrantes de la familia sin fomentar el amor, compromiso o respeto de las personas, éstas pueden creer que las relaciones que se establecen con las personas son en un sentido utilitarista y material. Si por el contrario, no se tiene atención en las necesidades básicas de los integrantes de la familia, no se fomenta realmente tanto su unidad por medio del verdadero amor que se compromete de manera desinteresada y responsable, poniendo en riesgo la vida de los integrantes más vulnerables. Descuidar a la familia, es destruirla, y es dañar tanto a su estructura como a las personas que la integran.

Aun cuando la familia se constituye en primera instancia como una comunidad biológica, siendo imprescindible para las personas durante los primeros años de la vida, después, se dirige de manera cotidiana en una entidad de convivencia y realización personal. El filósofo francés Mounier define a la comunidad de la siguiente manera: “La comunidad es una persona nueva que une a las personas por el corazón.” (Emmanuel Mounier: Manifiesto al servicio del personalismo. [Tr. Julio de González Campos], Madrid, Taurus, 1972, p. 236).

La familia como comunidad debe cuidar a todos sus integrantes sin hacer distinciones, evitando guiar su vida bajo el régimen racionalista, ya que como señalamos confunde a los seres humanos con ciertas creencias para excluir a aquellos seres que no responden o actúan de modo racional, creando situaciones de violencia y sometimiento, disminuyendo la imagen y dignidad de dichas

personas. Urge que la familia incorpore la lógica del corazón con respecto a la existencia de aquellas personas vulnerables. El corazón tiene su propia razón como dijera el filósofo francés Pascal (1623-1662): “El corazón tiene sus razones, que la razón no conoce: esto se sabe en mil cosas.” De manera frecuente se olvida, en la vida cotidiana en relación con la familia que se conoce la verdad “ no sólo por la razón, sino todavía más por el corazón “. (Blaise Pascal: Pensamientos. [Tr. Mario Parajonsti], Madrid, Sarpe, 1984, Núms. 477 y 479).⁶⁷ La relación mutua entre las personas de la comunidad familiar encuentra su pleno desenvolvimiento en el amor, en el deseo del bien del otro, en la búsqueda de su justicia, en la caridad. En otras palabras, se requiere que la comunidad familiar exija a sus miembros se conozcan como personas por medio del aprecio, respeto, ayuda mutua en la vida cotidiana.

Pero, se debe tener cuidado de que por medio de esta alteridad al interior de la comunidad, las personas no intenten imponer de manera disimulada su voluntad “centristra” en los demás, para tratar de utilizarlos como artefactos, utensilios e instrumentos. Por ejemplo, un padre dominante sobre sus hijos. Mounier advirtió contra el egocentrismo disfrazado, que se esconde en la alteridad de otra persona: “La experiencia primitiva de la persona. El tú, y en él el nosotros, proceden al yo, o al menos o acompaña.” (Emmanuel Mounier: El personalismo en Obras Completas. [Tr. Aída Aisenson y Beatriz Dorriots], Tomo III. Salamanca, Sigüeme, 1990, p. 474). Esto significa que la persona existe en la medida en que existe para los otros, pues gracias a los otros la persona es lo que es, comenzando por sus padres, sus pro- genitores, lo que trajeron a la vida. Por el contrario, esto fue olvidado para quienes reflexionaron en torno a la tematización del hombre como sujeto auto-conscientes, por ejemplo la realizada por Descartes, o el giro copernicano-kantiano, o desde la teoría especulativa hegeliana (que subordina a la persona al Estado), que al final no son más que un acto de la conciencia, que no rompe con el egocentrismo y la primacía de lo teórico.

No olvidemos, por tanto, que una persona se auto-percibe como tal desde la interpelación del otro y no desde la auto contemplación de sí misma; la persona que se busca a sí misma se pierde y sólo se encuentra en el encuentro con el otro, es decir, cuando se entrega.

Así, podemos comprender que Estela, Patricia, Jorge y Gregorio debido a su locura han sido reconocidos por quienes viven a su alrededor como seres que han perdido la razón. Por lo tanto, al

⁶⁷ Tiempo anterior San Agustín había hablado de las razones del corazón: “Luego se desarrolla el hombre y llega a la edad de la razón para sentir la fuerza de la ley natural, que todos llevan estampada en el corazón: *No hagas a otro lo que no quieras que te hagan a ti*. Esto, ¿se aprende en los libros o no se lee, más bien, en la misma naturaleza? ¿No quieres que te roben lo tuyo? Ciertamente, no. He aquí la ley escrita en el corazón: *Lo que no quieres te hagan a ti, no lo hagas a otros*. Y muchos hombres traspasan esta ley. (Victorino Capanaga: Pensamientos de San Agustín. El hombre, Dios y el Dios-hombre. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1996, p. 39.)

no saber la familia qué hacer con ellos, lo mejor fue llevarlos al hospital Psiquiátrico. Allí se encuentran los profesionales de la salud que sí saben entender y ocuparse de los locos, los toman como pacientes psiquiátricos y los ubican en un lugar de enfermedad mental para ofrecerles un tratamiento por medio de medicamentos y una investigación clínica sin fin para realizar un seguimiento de su evolución, si reaccionan adecuadamente, podrán ser dados de alta en poco tiempo y regresar con su familia. Por el contrario, sino reaccionan desfavorablemente al tratamiento tendrán que continuar hospitalizados... toda una vida, o morir en el proceso de su recuperación psiquiátrica, como pasó con Estela que, además de su locura, padecía otro tipo de problemas físicos, por el descuido de su familia, que los médicos psiquiatras no consideraron de gravedad, concentraron su atención en sus delirios y conductas extrañas. Eso mismo sucedió casi de igual manera con Patricia, Jorge y Gregorio, fueron vistos como objeto de interés por los psiquiatras.

Sin embargo, en ambos espacios entendidos como la familia y el hospital psiquiátrico entienden al loco, como un ser sin razón, enfermo y decadente. Suficientes concepciones sirven después para justificar el hecho de tratarlo como un deshecho humano. El loco por su parte aprende a sobrevivir en ello o peor aún muere. ¿Es razonable pensar y actuar, así ante un ser humano que necesita comprensión y cuidados por parte de nosotros? ¿Es aceptable el hecho de seguir sosteniendo la idea y la práctica de la exclusión social de estos seres humanos que viven de manera distinta a la existencia racionalizada?

Por una parte, si consideramos que la sociedad se basa en el núcleo familiar para cuidar, proteger, educar y establecer los primeros tipos de relaciones biológicas y afectivas entre sus integrantes, por qué entonces, al momento en que uno de sus individuos necesita y requiere mayor atención, cuidado y protección recibe un trato contrario, no importa su edad o sexo. Tal vez, por un tiempo será atendido por parte de la familia como en verdad requiere, pero si su circunstancia declina la familia ya no se quiere hacer cargo, lo ve como un impedimento para el avance de ésta, una inversión sin futuro tanto económica, social y moralmente. Lo mejor es buscar una institución pública que se haga cargo y donde no resulte elevado el gasto o una presencia constante de la familia. Allí tenemos el abandono de niños, personas de la tercera edad, hombres y mujeres con alguna enfermedad crónica o discapacidad física y que decir de la situación de los locos.

La familia no enfrentó demasiados obstáculos para que su familiar fuera recibido por la Institución, el hecho de llevarlo y explicar lo raro de su comportamiento permitió que el psiquiatra en turno de recepción diera su autorización para su rápido ingreso como paciente. Por fin, la familia tranquila por la cuestión de gasto, al ser una institución pública no resultaría caro el internamiento, allí sí sabrían tratar a su familiar con cuidados, trato y beneficios de acuerdo con su necesidad. La familia,

enterándose del primer diagnóstico de su familiar en cuestión conforme a lo que pudo percibir el residente de psiquiatría en la sala de urgencias, ya no será un simple loco, sino un enfermo mental. Motivo por el cual la familia dio pleno consentimiento para dejarlo en el espacio hospitalario para que se hiciera con él todo lo que fuera necesario; a reserva de que si el paciente reaccionaba de manera adecuada al tratamiento sería devuelto pronto a su familia, en caso contrario, se quedaría más tiempo; si es necesario toda una vida o si sucedía como con Estela, sólo la muerte la liberaría de aquel lugar.

A partir de que una persona es aceptada como paciente en un hospital psiquiátrico público, su vida cambia drásticamente. La familia del paciente tal vez siga visitándolo (como con Jorge) o lo abandone al ver que su situación degenera (Estela). La institución psiquiátrica pública brinda cuidados y trato al enfermo mental, pero jamás tendrá un acercamiento con él como persona. Los psiquiatras se ocuparán de él con igual esmero para estar atentos a la evolución física y mental de dicho paciente, pero de que se esfuercen por dejar de verlo como objeto de su interés técnico, científico y médico eso sí sería una locura, sería poner en duda su manera de ver a ese individuo como un ser sin razón y enfermo degenerativo, decadente sin esperanza de cura. Ellos sí saben ver, encontrar y definir la simple locura como enfermedad mental, para eso se han preparado profesionalmente y lo demostrarán en cada caso, aun cuando su técnica psiquiátrica parezca la mayor de las veces un sistema forzado para percibir y diagnosticar la enfermedad mental.

El problema es que estas ideas son transmitidas a la familia que no duda de la capacidad médica especializada y profesional de los psiquiatras, terminan por aceptar que su familiar loco tiene una enfermedad incurable que nunca va a volver ser él mismo de antes, es decir, una persona normal. Ya no hay más por hacer o decir, en menor medida por parte de la Institución psiquiátrica pública y en mayor grado por parte de la familia, al final cada uno de estos locos ya no tienen cabida en este mundo como personas de razón, no se pueden valer por sí mismas para actuar ante las exigencias de la realidad social con apego a una serie de normas racionalizadas, lo que afecta de forma determinante su relación con los demás; sobre todo, con su familia que se ha concebido y realizado a través de dicho ámbito social que establece y vigila la conducta moral de los individuos. Entonces, de manera disimulada y abierta se llevan a cabo una serie de prácticas de exclusión social para sacar de circulación a todo aquel que no pueda responder a este modo de vida, empezando con la familia que deposita a estos seres humanos incapaces en las Instituciones públicas encargadas de su retención y control, como en el caso de la Institución psiquiátrica pública que tiene a su cuidado a una gran población de enfermos mentales, lo que permite que la familia desatienda la

responsabilidad y continué con su vida como si nunca hubiera tenido contacto con una persona loca en el interior del núcleo familiar.

No puede ser posible que sigamos rigiéndonos bajo esta realidad utilitarista, en este mundo *racionalista* que nos dicta cómo debemos pensar y actuar con cierto límite ante los otros seres humanos y los objetos de la realidad, sin demasiada comprensión ni compromiso personal. Eso es lo que se nos ha enseñado y lo hemos transmitido de generación en generación como seres de razón hasta convertimos en personas morales. Ésa es la medida, pero ello provoca que se le niegue reconocimiento personal y dignidad a aquellos seres humanos que no pueden regirse de la misma manera. Ellos también son personas, por el simple hecho de existir y ser parte del género humano, por haber sido concebidos en el interior de una familia, por todo el tiempo que convivieron aun cuando su grado de conciencia fuera mínimo tuvo que haber provocado un encuentro entre personas y, a partir de ello, un reconocimiento en nombre, presencia y personas. Negar la presencia del loco como persona y su dignidad esencial es también negarnos a nosotros mismos en persona y dignidad; degradar su lugar y valor en la vida que alguna vez compartió con otros, es degradar aún más nuestra propia persona, en la medida del nivel moral en que vivimos.

Entonces, debemos recuperar el valor de la persona en sí misma, que surge a través de la concepción de la vida humana hasta la muerte, trascendiendo luego, como una persona moral en la realidad. Y aun, cuando por terribles circunstancias la persona ya no pueda ser moralmente consciente, como en el caso de los locos, no pierde su valor como tal en esencia. Y las personas que sean parte importante en su vida, como su familia deben protegerla y valorarla, si es necesario apoyarse en la institución pública psiquiátrica. Pero de ninguna manera permitir que se piense y actué en función de las personas locas como despojos humanos, justificado en el hecho de padecer una enfermedad mental. Lo que nos hará reaccionar en contra de la idea de dejar a los locos en encierro del hospital y permitir que mueran allí.

Hay que ir superando esta cultura que sitúa al loco como enfermo mental, que no permite mejorar sus condiciones de vida social, individual y existencial. La liberación de los enfermos mentales fuera del hospital psiquiátrico, permitiría con el tiempo obligarnos a verlos desde otra perspectiva, tendríamos que aspirar hacia una cultura del respeto de las personas locas, como está aconteciendo en occidente.

Con lo anterior, entonces, podemos acceder a brindar el respeto debido al familiar que padece alguna enfermedad mental, aun cuando esta persona responda de manera mínima con cariño, afecto u acciones que en apariencia no tienen sentido o razón, con su sola presencia, con su retorno a la

comunidad, empezando con su familia; esto nos hace recuperar de manera mutua la imagen y dignidad como personas por el simple hecho de existir y compartir la vida.

Conclusiones.

En México, el hospital psiquiátrico público al tomar bajo su responsabilidad el cuidado y control de las personas que por sus circunstancias representan un riesgo físico y mental tanto para sí mismos como su entorno, los acoge en calidad de pacientes psiquiátricos.

El tiempo de la hospitalización de cada paciente está contemplado por la institución psiquiátrica pública en un lapso no mayor a los tres meses, tiempo en que se considera que puede lograrse la recuperación médica y personal de dichos individuos, para regresar con su familia y a la vida social.

Al momento de ser recibidos los pacientes internados por los médicos psiquiatras para ser valorados en consulta interna con el propósito de definir un diagnóstico, que determine la presencia de un tipo específico de enfermedad mental. Ello es la pauta para considerar los límites y alcances que tendrá el tratamiento psiquiátrico para recuperar de manera médica a los pacientes psiquiátricos.

Los psiquiatras pondrán en acción todo su conocimiento teórico (teoría psiquiátrica) y técnico (entrevista –saludos, chistes, comentarios-, manejo de historias clínicas, interpretación de estudios de radiología e imagen, trato de pacientes desde que se les recibe en el consultorio hasta que se les despide fuera de él, el modo en cómo hablarles, darles órdenes, etc.) a su alcance, para definir lo más objetivo y científico posible el diagnóstico. Estos dos elementos, conocimiento teórico y técnico permitirá a cualquier psiquiatra bien preparado percibir en el paciente los signos y los síntomas, de la enfermedad mental que posiblemente padece.

No obstante, al momento en que Jorge Robles y Gregorio Paz fueron atendidos cada uno por los médicos psiquiatras que se hicieron cargo de los casos, para ser evaluados con el propósito de delimitar el diagnóstico de manera particular, y posteriormente, se pudiera actuar médicamente en su recuperación médica. Aparecen ciertos aspectos que hacen poner en duda la labor psiquiátrica, desde el hecho en cómo perciben y nombran a la posible enfermedad mental, proponer un tratamiento medicamentoso, y conseguir mejorar su vida como paciente, para luego, pensar la posibilidad de darlos de alta del hospital y reintegrarse como personas, con su familia a la vida social.

El médico psiquiatra para que pueda encontrar y dar nombre a eso que ve en el paciente, requiere ver de una manera distinta a ese ser humano que tiene enfrente de él. Su percepción es distinta al

uso común. Un paciente deja de ser persona al momento de sentarse en el consultorio de este especialista, se convierte en un ser que muy probablemente sea portador de una enfermedad mental. Para ello, el médico psiquiatra cuenta ya con cierta información previa del paciente asentado en la historia clínica, lo que pone en marcha la entrevista, para confirmar o descartar entre lo que se ve y lo que se piensa psiquiátricamente de este caso. El especialista capta con destreza los signos y los síntomas del paciente para armar el diagnóstico. En apariencia se habla y se pregunta al paciente sobre su vida como persona, se tiene cierto contacto físico con él, pero al final, se muestra la verdadera intención de este juego de preguntas y respuestas, de órdenes y señalamientos del médico psiquiatra sobre el paciente, al momento de introducir el *ver como* del psiquiatra sobre el paciente, éste es descontextualizado como persona, para evaluar su estado de conciencia racional, como objeto que habla, se muestra y hace entrever la evidencia visible y no tan visible de un tipo específico de enfermedad mental.

Hay momentos en que los médicos psiquiatras y los residentes de psiquiatría se muestran angustiados ante lo que perciben en los pacientes, eso es prueba de que la interpretación objetiva se hace de lado para vivificar con mayor fuerza la percepción, lo que provoca exagerar la evaluación del paciente, el *ver como* de los psiquiatras se impone ante la negativa de actuar o hablar de los paciente, haciendo notar el psiquiatra que esos silencios, olvidos, imposibilidades de moverse o mostrarse de los pacientes es causa del estado degenerativo de los pacientes, que tal vez padezcan alucinaciones auditivas en la cabeza, o que ya se encuentren demenciados.

El psiquiatra termina su valoración sobre el paciente al emitir el diagnóstico, el nombre con que confirma bajo una categoría psiquiátrica el tipo de enfermedad mental. Pero, como el paciente no importa como persona no se le explica ni por error lo que acontece en él, se le saca fuera del consultorio. Y entre puros doctores, entre el médico psiquiatra y los residentes de psiquiatría, se decidirá que hacer con él médicamente, qué tratamiento medicamentoso se aplicara de acuerdo a su caso.

Esto de ninguna manera garantiza la recuperación médica del paciente, porque como se mostró en el caso de Gregorio Paz, el residente de psiquiatría asignado para administrarle las medicinas al paciente, le tendrá que informar posteriormente al médico psiquiatra las observaciones que haga sobre el paciente de cómo reacciona al tratamiento.

Entonces, cómo pensar la posibilidad de que estos pacientes puedan ser dados de alta del hospital, ser tratados como personas con dignidad. Al ser diagnosticados como enfermos mentales, los primeros en descalificarlos son los médicos psiquiatras que los retendrán en el hospital por varios meses o toda una vida, para dar seguimiento a la evolución de éstos bajo tratamiento psiquiátrico.

Y estos mismos especialistas se lo comunicaran a las familias de cada paciente. Cómo tomarán el hecho de saber que Jorge Robles es un *farmacodependiente* con un comportamiento *esquizofrénico*, y Gregorio Paz, un *alcohólico crónico*, ambos pacientes catalogados de un estado de demencia, lo que indica que no pueden comprender ni razonar como seres humanos conscientes racionalmente. Seguramente, como sucedió con Estela o Patricia, la familia las abandono en el hospital psiquiátrico, si antes no mueren allí, debido al exceso de medicamentos que se les suministran, para hacerlos *reaccionar*, como en el caso de Estela.

Porque en México, todavía se sigue abandonando a la gente enferma mental en los hospitales psiquiátricos públicos. Se recordará como mostramos en el segundo capítulo el registro de varios hospitales psiquiátricos públicos en el cual se contemplaba en el año 2003, que la permanencia de pacientes psiquiátricos era de cinco años como mínimo y 58 años como máximo, de residir en esos lugares.

En Francia, ya se comprendió que el hospital psiquiátrico no es el mejor lugar para mantener a estas personas, aun cuando no sean conscientes racionalmente, no dejan de ser personas. Se ha observado en pacientes con períodos de internamiento prolongado, que lo único que se logra es su aniquilamiento, fomentar su estado crónico.

Las autoridades psiquiátricas francesas están fomentando a cerrar los hospitales psiquiátricos que se habían convertido en asilos, están llevando de regreso al mundo exterior, con las familias y la sociedad a los pacientes psiquiátricos hospitalizados, para que recuperen el sentido del contacto con las personas y el mundo. Ello cambia la mentalidad de verlos tan sólo como un peligro, valorarlos desde una perspectiva más humana, más cotidiana, para ver que los enfermos mentales son personas comunes en circunstancias especiales, pero que no están negados para vivir y convivir con dignidad, aun con todo lo que representa continuar su vida con o sin medicamentos, con o sin terapia, con o sin visitas al hospital psiquiátrico. Este cambio de sensibilidad y consciencia social y cultural ante las enfermos mentales es urgente introducirla en México, para recuperar la dignidad de estas personas, y no seguir pensando que ellos están mejor en el encierro y abandono de los hospitales psiquiátricos públicos.

Que la familia o el resto de las personas los nieguen y los abandonen, es un grave error que atenta contra la dignidad en sí misma de la vida de estas personas. Se acepta esto por que se piensa que ya no se puede hacer más por ellos, pero el hecho mismo de tener una cercanía, una sonrisa, un mirar su rostro, considerarlos como lo que son seres humanos, les devuelve el valor como personas. La indiferencia y el silencio ante su presencia los aniquila y nos aniquila, ya que el egoísmo, la vergüenza, la ignorancia, la falta de verdadero compromiso y amor hacia ellos, nos destruye como

personas, como parte de su familia y la sociedad a la cual se representa, moralmente se tiene ese deber ante estas personas.

Hay que recordar que la persona nace y se constituye al interior de la familia, siendo ésta responsable de proveer y proteger a sus integrantes, sobre todo a los más vulnerables como son los niños, jóvenes, ancianos, hombres y mujeres enfermos o con alguna discapacidad, es una obligación moral. Y considerando, que la familia se rige por normas sociales con tendencia *racionalista*, eso no significa que el amor, el compromiso y la entrega, el desarrollo de la vida comunitaria al interior de ésta se sustituya o desaparezca a causa de la obligación social (cuidado en la alimentación, vestido, educación, salud, recreación, etc.). Ambos aspectos, el social y el filial, configuran el bienestar y desarrollo de la familia, a las personas que la integran, sobre todo de aquellas personas con mayor necesidad de atención y protección.

Teniendo presente lo anterior, se comprende el motivo por el cual el paciente psiquiátrico debe salir fuera del hospital, poner fin a su internamiento, para que recupere el contacto con otras personas, con su familia, y de esa manera, reciba las atenciones de afecto y compañía, que no se le pueden brindar en el espacio hospitalario. Tal vez nunca se cure el paciente psiquiátrico, que jamás abandone su circunstancia de algún tipo de locura, sin embargo, sigue siendo él, una persona loca, pero al final de cuentas, una persona.

La familia, la sociedad, deben hacer un esfuerzo por recuperar como personas a los pacientes psiquiátricos aunque éstos no puedan ser moralmente conscientes. Es debido, a su sola presencia como seres humanos que merecen ser respetados, su dignidad no desaparece, sino al contrario, nosotros al tener esa capacidad racional y moral, estamos más obligados a restablecerles una vida digna y respetuosa hacia ellos, si se niega esto, los denigramos y nos denigramos como seres humanos, como personas.

“ El hecho fundamental es que todo hombre es interpelado como persona por otro ser humano, en la palabra, en el amor, en la obra. Uno se hace hombre por gracia de otro, amando, hablando, promoviendo al otro. Si nunca me hubiera tratado de ese modo un ser humano, sería como un animal insensible o como un ser ‘humanamente’ muerto.” (J. Gevaert: *Ibid.*, p.56.)

Es una realidad, que la familia requiere del apoyo de las instituciones sociales (escuelas, hospitales, juzgados, centros de atención social, delegaciones políticas, etcétera), para actuar de la mejor manera posible en su compromiso social. No obstante, la presencia de las instituciones sociales no disminuye la responsabilidad y compromiso de la identidad familiar, por el contrario, jamás ésta deja de tener presencia, obligación y compromiso para verificar que sus integrantes no sean

retirados del núcleo familiar con la excusa de ser atendidos por alguna institución pública, corriendo el riesgo de ser afectados en sus personas. Por ejemplo, que una persona debido a su circunstancia requiere una revisión periódica con el médico psiquiatra, que necesita se le suministren medicamentos controlados, como son los de uso psiquiátrico, se le realicen estudios especializados, la familia tiene que estar presente en todo momento. Se debe preguntar, exigir, pedir otra opinión, buscar diferentes formas de atención tanto por parte del médico psiquiatra o de los especialistas que atiendan a su familiar, y negarse si es preciso a aceptar el diagnóstico de una enfermedad mental degenerativa, o un excesivo tratamiento medicamentoso a seguir, o una estancia en el hospital prolongada o de por vida vivir internado, ya que esto no tiene ningún efecto positivo para mejorar la vida de estas personas.

Si como vemos, la institución psiquiátrica pública es incapaz de mejorar su servicio, su atención por estar situada en una crisis burocrática, las familias de los pacientes no lo deben aceptar, deben exigir se mejore el servicio administrativo y hospitalario por beneficio de los propios pacientes psiquiátricos. En consecuencia, a lo que acabamos de mencionar, si se permite que avance el sistema burocrático hospitalario en forma excesiva, esto tiene un efecto negativo en la calidad de atención de los médicos psiquiatras y la residencia en psiquiatría que apoya a los primeros en la recepción y atención de los pacientes, esa es su limitación profesional, que se puede mejorar si la sociedad y las familias de los pacientes, propugnan por otro tipo de atención para no continuar con la indiferencia y el trato burocrático de las instituciones pública.

“Si muchas de estas críticas frente a la civilización racionalizada, que reduce al hombre a una sola dimensión, tienen una parte de verdad, esto no impide que las relaciones en tercera persona tengan también un valor positivo e insustituible. En virtud de su condición corpórea el hombre tiene también una dimensión objetiva. El reconocimiento del otro pasa necesariamente a través de un reconocimiento objetivo, que incluye siempre una parte de relaciones en tercera persona. Sin ellas no podría funcionar la ciencia, la técnica, la producción [...],etc.” (*Op. Cit.*, p. 63.)

La familia de los pacientes psiquiátricos no sólo deben actuar de este modo por el hecho de cubrir una obligación social, si no que además, deben contemplar este compromiso como legado de la relación filial con ese ser humano. Si por mucho tiempo se ha enseñado y aprendido e nuestra cultura que las personas valen y merecen ser consideradas como tales por su sola actuación moral, por buscar la idea de perfección humana, eso ya no basta, no es suficiente. Se debe recordar y asumir otra actitud, los seres humanos valen por sí mismos, a partir de su sola presencia ante los otros, emana el reconocimiento que se requiere a sus personas. Por el hecho de saber quién es él, como se llama, convivir hasta en lo más mínimo surge algo que nos permite optar por preocuparnos,

por interesarnos en esa persona, si actuamos en su cuidado y protección además con amor, desarrollaremos una mejor manera de vivir, de convivir.

En el caso de la situación de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, la actitud que se ha fomentado hacia ellos, sobre todo inculcada por los médicos psiquiatras, no debe seguir siendo aceptada, porque lo único que se fomenta es seguir perpetuando el poder que le ha extendido la institución psiquiátrica pública en la figura de este especialista. El médico psiquiatra no tiene derecho a seguir reteniendo a los pacientes psiquiátricos al interior de los hospitales psiquiátricos públicos. Ni tampoco hacer creer a las familias de los pacientes que lo mejor que se puede y debe hacer por ellos es dejarlos en el encierro del hospital psiquiátrico público y continuar su vida como si esa persona jamás hubiera existido en esa familia.

Ello nos permitirá acceder hacia una cultura de respeto de las personas locas, el comprender que aun cuando éstos vivan bajo circunstancias distintas a las de los demás, esto no los denigra, por el contrario, las personas que viven en la locura no dejan de sentir, de actuar, de relacionarse con los demás, lo que hace falta, lo que les hace falta, es que nosotros tratemos de comprender que ésa es la vida que tienen que enfrentar, pero que no dejan de vivir, de tener importancia como seres humanos, como personas ante nosotros.

CONCLUSIONES.

Cuando un ser humano empieza a mostrar por conductas y expresiones raras o locas, ante los demás, sin motivo alguno aparente, la reacción inmediata va a ser de temor y rechazo.

A partir de entonces, la forma de percibir y de tratar a estas personas como locas se convertirán en prácticas de exclusión social. Sin embargo, aun en el presente las explicaciones y las expectativas para hacer frente a estas circunstancias humanas no son suficientes, incluso provocando con el tiempo el aniquilamiento.

Este panorama no es exclusivo de nuestro tiempo, pero responde a las expectativas de una sociedad que en sus orígenes ha sido educada con ideas *racionalistas*, generando desde entonces un ambiente que vigila a los individuos en su desenvolvimiento con apego a las normas sociales, quien no pueda o no quiera, tendrá que ser expulsado inmediatamente, representando un riesgo para sí mismos y la sociedad, como en el caso de los grupos marginados y en riesgo debido a la pobreza, desnutrición, analfabetismo, ignorancia o por enfermedad, como es el caso de la población loca aun existente.

Sólo quien pasa esta experiencia, ya sea por tener que convivir con algún familiar loco o uno mismo se vuelva loco, es cuando se consideran las dificultades y las remotas esperanzas para continuar viviendo con dignidad, respeto y en libertad.

Es por tal motivo, que cuando un familiar mío muy allegado enloqueció, me plantee el problema de investigar de manera mas profunda, surgiendo así dos preguntas esenciales que permitieron con el tiempo dar forma y sentido al desarrollo del trabajo: ¿Qué se entiende por locura? Conforme a esa noción ¿qué tipo de trato es el que reciben los locos?.

¿Qué puedo decir al final con respecto de este recorrido?

Aun cuando la locura ha sido percibida y entendida de modo diferente en distintos momentos en la historia del hombre, ya sea como resultado de una posesión demoníaca, un defecto de la razón humana, o como daño orgánico del cerebro, ello de ningún modo constituye una explicación definitiva de lo que significa este fenómeno. El problema es que esta historia lo único que ha generado son ciertas actitudes sociales y creencias populares de temor y rechazo hacia los locos, al grado de perpetuar prácticas de exclusión y aniquilamiento social, que desde el siglo XIV hasta apenas el siglo pasado en Occidente, son la norma misma, que ha heredado y adoptado México hasta el presente.

Hoy se puede observar cómo esa percepción y rechazo hacia la locura sigue persistiendo: se siguen creando espacios especiales, como si fuera la única solución a este problema, con el propósito de separar a la población loca del resto de la sociedad que la entrega a la institución psiquiátrica

pública sin reparo o remordimiento, pues de cierto modo la sociedad esta condicionada para actuar así. En México se siguen encerrando a los locos.

En las instituciones psiquiátricas públicas dónde los recursos son administrados a favor de los intereses de una burocracia. En casos extremos, se utiliza la población loca para perpetuar tanto los lugares políticos y administrativos que ocupan los representantes de la institución, como para justificar económicamente un presupuesto federal anual.

No obstante los excesos de poder de las autoridades psiquiátricas y el descuido casi absoluto en que se encuentra la población interna, ya no se puede seguir ocultando por mas tiempo.

El hecho es que la sociedad debe comprender que de seguir en una actitud pasiva, esperando que el Estado resuelva y tome decisiones políticas al respecto, jamás va a poder superar este tipo de rezagos. No se requieren más de la apertura de instituciones psiquiátricas modernas, ni más contrataciones de médicos psiquiatras y del financiamiento de recursos humanos o materiales de esta índole, ni de programas administrativos modernos, que con el tiempo nuevamente se conviertan en una burocracia que distribuye el dinero según los intereses políticos y personales, sin dar un beneficio real a los locos hospitalizados.

Se requiere de mayor participación y responsabilidad de la sociedad, de las familias, y de los individuos, de modificar la percepción y comprensión que se tiene de la locura y por ende, de los locos. Esta demanda no es nueva, ya que en Europa hace apenas algunos años anteriores, ha venido experimentado la aplicación de un programa de salud comunitaria, donde lo que se pretende es ir cerrando los hospitales psiquiátricos con sistema asilar, con el fin de ir preparando y rehabilitando a los internados para su retorno a la vida social y en la medida de lo posible, con las familias. El puente entre el hospital psiquiátrico y la reintegración social, es pasar por el proceso de re-educación comunitaria en centros abiertos y receptores de necesidades inmediatas de las personas dadas de alta del internamiento y de quienes se hagan cargo de ellas (como pueden ser sus familias o amistades), para tener presente que pueden estar fuera del hospital, bajo tratamiento clínico o de medicamentos, pero lo mas importante es, que recuperen el sentido de vivir y convivir nuevamente con otras personas. Adoptar este programa en México, significaría romper con la institución psiquiátrica pública, ir desmantelando la burocracia existente, así como ir desvinculando las prácticas sociales, políticas y administrativas que afectan tanto a la sociedad, a las familias y sobre todo a los locos. Para ir generando con el tiempo, una mayor inversión económica y de recursos a través de programas de atención y apoyo por parte del Estado hacia la población loca ya reintegrado en la sociedad, en la comunidad familiar.

La labor ya esta planteada, el problema es romper con la practica social y la visión cultural predominantes. Empezando con la función social científica y política del medico psiquiatra,

máximo representante del hospital psiquiátrico, sobre todo, porque se le ha otorgado el poder necesario para señalar, separar, controlar y retener a los locos en el hospital psiquiátrico, por tiempo indefinido. El método que justifica la retención de pacientes es por medio de la valoración y el diagnóstico del psiquiatra en cada caso. El encuentro se sostiene en consulta interna, donde el psiquiatra tiene una actitud que se concentra en percibir y detectar la presencia de la enfermedad mental, buscando la evidencia tanto en las expresiones físicas y verbales del loco. Se tiene que estar atento en buscar y descubrir cualquier indicio para en seguida relacionar con la teoría psiquiátrica, identificar a la locura bajo un nombre, o un concepto, o una categoría de enfermedad mental.

Es así, que la vivencia del psiquiatra ante el paciente, le permite imponer su *ver como* de ese individuo a través de los síntomas y signos que aparecen en la entrevista, y del modo en cómo se ejerce la técnica psiquiátrica para motivar al paciente a mostrar lo que le interesa al psiquiatra, desde que lo recibe en consulta, lo saluda, le indica dónde sentarse, qué responder y cómo llevar a efecto ciertos ejercicios físicos, todo esto y más cosas, se consideran por parte de este profesional y relacionarlo con su formación teórica para, al final, determinar su interpretación y definir lo más objetivamente posible el diagnóstico psiquiátrico en cada caso que se presente.

El problema es que la interpretación psiquiátrica puede resultar muy apresurada, por el hecho de sólo considerar la información proporcionada en la entrevista y lo que se recupere de los datos asentados en la historia clínica. Ello puede provocar que los psiquiatras corran el riesgo de efectuar un mal diagnóstico a causa de enunciar tan a la ligera un diagnóstico, antes de descartar todos los posibles diagnósticos y generar una apresurada interpretación, no considerando las sugerencias terapéuticas que se establecen en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales *DSM-III-R*.

Con lo anterior se puede comenzar a poner en duda el quehacer científico y, burocrático del psiquiatra al prestar sus servicios de manera pública, lo que significa también, el cuestionar con respecto a la ética profesional debido al poco interés humano para mejorar las condiciones de vida de estas personas. Sin embargo, existen otros factores que nos pueden motivar a rechazar la actitud que tienen estos profesionales ante los enfermos mentales, sobre todo, cuando es momento de manejar cada uno de los casos de los pacientes en consulta interna, para determinar qué tipo particular de enfermedad mental padece y determinar el tipo de tratamiento farmacológico que le corresponde. Además, el tratamiento medicamentoso que se establece en cada caso no garantizará la recuperación de los pacientes, sino sólo permitirá la justificación de continuar un proceso de investigación médica indefinida en tiempo y resultados, se tendrá que *ver cómo* reaccionan los pacientes a la aplicación de sus medicamentos.

Ya que ellos no importan como personas, sino como objetos que hablan y muestran sus cuerpos para ser encasillados bajo una categoría psiquiátrica, un nombre teórico de enfermedad mental. Lo que los vuelve ante la mirada de estos profesionales como seres irracionales y en un estado irrecuperable clínicamente, lo mejor es que se les mantenga controlados, quietos en el hospital, por un tiempo indefinido para ver si reaccionan. Pero, lo único que se logra es que, estos individuos, alcancen un estado crónico de enfermedad al vivir de manera aislada y sin contacto humano que los ayude a salir de esa existencia pasiva.

Los médicos psiquiatras al estar convencidos de que su labor responde al ejercicio de la ciencia y de la política pública, creen que no debe cambiar la actitud que se tiene ante los enfermos mentales. Ya que el psiquiatra es el único profesional que puede detectar tales aberraciones humanas, nadie puede estar capacitado de manera científica para descubrir en la locura la enfermedad mental. Además, es el único profesional que dispone del poder y el control para tener bajo su tutela a semejantes seres que la sociedad ya no quiere hacerse cargo, sobre todo al saber en boca de este profesional que no existe cura para estos individuos, que con el tiempo su situación se dirige hacia un deterioro mental, hasta ser incapaces de cualquier cosa.

Se debe hacer una labor de consciencia en torno a este panorama. Ni el psiquiatra debe asumir un lugar de control absoluto sobre el enfermo mental al grado de negarle su libertad, por creer que no existe una esperanza de mejoría debido a la discapacidad mental. Ni tan poco permitir que la familia y la sociedad, sigan teniendo un papel de simples espectadores, debido a prácticas sociales y culturales heredadas del pasado, que siguen persistiendo en el presente, enmarcadas en la idea de excluir y marginar a todo ser humano que no gobierne su vida con base en la razón, por que se tiene la sospecha que ese individuo está loco, siendo conducido al hospital psiquiátrico donde el psiquiatra, de ante mano lo verá como un caso más de enfermedad mental.

Pero, ¿cómo recupera el loco su identidad de persona para que las otras personas no olviden que merece respeto y dignidad a un dada las circunstancias? El loco nunca ha dejado de ser persona por el hecho de que existe, por tener un cuerpo y un ser, que permite que se constituya como un ser humano singular inconfundible e insustituible, es decir una persona única. Y al estar presente ante los demás, se tiene que responder a este llamado, otorgando un reconocimiento a dicha persona. Sin embargo, aun cuando el loco este en esa circunstancia y no pueda establecer un contacto estrecho con los demás, ya sea en palabras o acciones, eso no lo limita como persona. Al contrario, conserva por el hecho de ser, una identidad personal constitutiva: la personidad, es decir, tiene presencia ante los otros aun cuando no se desarrolle en una personalidad, como los demás. También, cuenta con una dignidad (dignidad), pese a que el loco no puede ser consciente moralmente de sus actos,

es digno de manera constitutiva, por tanto, la dignidad le es inherente, aquí la praxis de la persona loca queda al margen del comportamiento moral.

Es por eso, que no podemos ni debemos ignorar, rechazar o abandonar a los locos, ya que solo están en una circunstancia humana, pero que no determina de manera definitiva la vida o la relación con los demás. En nosotros está el hecho de responder ante la presencia de ellos como personas, tenemos el compromiso moral de otorgarles compañía donde vayan, trato respetuoso y afectivo al reconocer la necesidad de ser llamados por su nombre, mirar su rostro y motivar una reacción por mínima que ésta sea (un saludo, una sonrisa, un abrazo), y en ello cimentar un reconocimiento amoroso, familiar, social. Dichas actitudes humanas tienen mayor efecto en los locos, más que el encierro y los medicamentos, ya que como vimos únicamente consiguen en los locos no es la cura, sino el aniquilamiento de estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Adout J. ¿Las razones de la locura? Una encuesta de radio de la Suiza francesa. (Tr. José Andrés Pérez Carballo) México, FCE, 1986.
- American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, 1987.
- Altschul A. Manual de enfermería psiquiátrica. México, Continental 1981.
- Aristóteles. Ética Nicomaquea. México, Porrúa, 1989.
- Aristotle. Nicomachean Ethics, Translation (with Historical introduction). By C. Rowe, Philosophical introduction and commentary by S. Broadie, O.U.P., 2002.
- Basaglia F. Razón, locura y sociedad. México, Siglo XXI, 1978.
- Bauer M. Psiquiatría. México, Salvat, 1985.
- Berke I. Aquí me tuve que volver loca. Madrid, Fundamentos, 1980.
- Bourgignon A. El antidiagnóstico. Barcelona, Cuadernos Anagrama, 1972.
- Brugger W. Diccionario de Filosofía. Barcelona, Herder, 1983.
- Brunstein N. Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan). México, Siglo XXI editores, 1990.
- Capanaga V. Pensamientos de San Agustín. El hombre, Dios y el Dios hombre. Madrid, BAC, 1996.
- Chastaing M. L'existence d'autrui. Paris, 1951.
- De la Fuente R. Acerca de la Salud Mental en México. México, I.M.P./F.C.E., 1997.
- Derrida J. La escritura y la diferencia. Barcelona, Anthropos, 1989.
- Descartes R. Meditaciones metafísicas y otros textos. Madrid, Gredos, 1997.
- Fajardo G. La atención médica en México. México, Francisco Méndez Oteo editor, 1979.
- Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México, F.C.E., Tomo I-II, 1999.
- Fuller T. La muerte de la psiquiatría. España, Martínez Roca, 1980.
- Frank E. Viktor. El hombre en busca de sentido. Barcelona, Herder, 21ª. edic, 2001.

- García P. Manual Práctico de Psiquiatría actual. España, Nobel, 1994.
- Geveart J. El problema del hombre. Introducción a la antropología filosófica. (Tr. A. Ortiz) Salamanca, Sígueme, 6ª edición, 1984.
- González M. Recursos terapéuticos psiquiátricos para el médico general. México, MINSAP, 1984.
- Gracia D. Bioética clínica. Colombia, El búho, 1998.
- Guinsberg E. Sociedad, Salud y enfermedad mental. Cuadernos de Psicología I. México, UAM-Xoxhimitco, 1981.
- Gutiérrez Pantoja G. Metodología de las Ciencias Sociales I. México, Harla, 1984.
- Marcos S. (coord.). Manicomios y prisiones. México, RED Ediciones, 1993.
- Marías J. Mapa del mundo personal. Madrid, Alianza editorial, 1993.
- Marx C. y Engels F. Ideología Alemana. México, Ediciones de cultura popular, 1976.
- Moreno Villa M. El hombre como persona. Madrid, Caparrós editorial, 1995.
- Mounier E. El personalismo en Obras Completas. Tomo III, (Tr. Aída Aisenson y Beatriz Dorriots) Salamanca, Sígueme, 1990.
- Manifiesto al servicio del personalismo. (Tr. Julio de González Campos) Madrid, Taurus, 1972.
- Nicol E. La idea del hombre. México, 2ª versión, FCE, 1992.
- OMS/OPS. Evaluación de servicios de Salud Mental en la República Mexicana. México, Junio del 2003.
- Pascal B. Pensamientos. (Tr. Mario Parajonsti) Madrid, Sarpe, 1984.
- Postel J. y Quétel C. (coord.). Nueva historia de la psiquiatría. México, F.C.E., 2000.
- Presidencia De la República. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, Diario Oficial, Viernes 21 de septiembre de 2001.
- Rivera-Melo V. Salud Mental Pública en el Distrito Federal. México, Tesis recepcional, UNAM/ENEP Aragón, 1989-90.
- Saldaño J. Derechos del enfermo mental. México, Cámara de Diputados. LVIII Legislatura/ UNAM-III, 2ª edic., 2001.
- San Martín H. Salud y enfermedad. México, La prensa médica mexicana, 1991.

Secretaría de Salud. Segunda Investigación nacional sobre enfermos neurológicos y psiquiátricos (memoria). México, 1994.

Solares I. Delirium tremens. México, Compañía general de ediciones, 1988.

Solominos G. Historia de la psiquiatría en México. México, Biblioteca SEP, 1986.

Sluchevsky I.F. Psiquiatría. Tratados y Manuales. México, Grijalbo, 1980.

Tomasini A. Lenguaje y Anti-Metafísica. Cavilaciones Wittgensteinianas. México, Iterlínea/INBA, 1994.

Torres J. Programa de Seminarios de Sociología Médica. México, DEP/FCPyS-UNAM, 1997.

Vallejo N. Introducción a la psiquiatría. Barcelona, Científico-Médico, 1981.

Weber M. Economía y Sociedad. México, F.C.E., 1995.
El político y el científico. Madrid, edit. Alianza, 1997.

Wittgenstein L. Investigaciones Filosóficas. Barcelona, Crítica/UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas, serie Clásicos, 1988.

Zeitlin. Ideología y teoría sociológica. Bs. As., Amorrortu, 1977.

Zubiri X. El hombre y Dios. Madrid, Alianza editorial, 1984.

HEMEROGRAFÍA.

Caraveo AJ, Medina Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, López EK, Juárez F, Gómez M, Martínez NA. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional en hogares. Anuario Instituto Mexicano de Psiquiatría México, Número 5, 1993.

Frenk J. Instituciones Psiquiátricas Mexicanas. La granja: un caso desolador. Revista Suplemento de Siempre, la Cultura en México, México, (revista semanal) Número 1226, Diciembre 22 de 1976.

Godínez L. Conflictos internos en la SS por hospitales psiquiátricos. México D. F., Cimac, noticias.com., Jueves 5 de junio de 2002, hoja 2.

López-Portillo Varga G. Las puertas del infierno. México Guión de Televisión, Agosto, 2003.

Secretaría de Salud. Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria. Hospital Campestre Dr. Rafael Serrano. México, Revista, 2000.

ANEXO 1.

Formas que integran el expediente e historia clínica en el Hospital Psiquiátrico para Agudos Fray Bernardino Alvarez.

Hoja de Historia Clínica de consulta externa y urgencias.

Nombre:	Sexo:	No. de Expediente:
Lugar y fecha de nacimiento:		Clave T. S.:
Fecha de consulta:	Estado civil:	Edad:
Responsable o Tutor:	Parentesco:	Ocupación:
Domicilio:		Teléfono:

Anamnesis.

1. Motivo de la consulta.

Información Indirecta (delirios, alucinaciones, excitación psicomotriz, auto y heterodestructividad, manía, depresión, confusión mental, estado del mal epiléptico, situación legal).

2. Padecimiento actual.

(síntomas principales y su descripción, fecha de inicio, causas desencadenantes, evolución, remisiones, estado actual).

3. Examen psiquiátrico directo.

(habitus exterior, comportamiento general, estado de conciencia, talante, nivel intelectual, discurso, delirios, -- alucinaciones, comprensión, juicio, -- atención, memoria, orientación).

4. Aparatos y Sistemas. (Nervioso, digestivo, respiratorio, cardiovascular, genitourinario, músculo esquelético, -- órganos de los sentidos).

5. Antecedentes familiares.

(Oligofrénicos, epilépticos, psicóticos, farmacodependientes, suicidas, neuróticos).

6. Antecedentes personales.

(Condiciones de embarazo, parto y desarrollo psicológico temprano; hipoxia, ictericia, malformaciones. Edad en que sostuvo la cabeza, se sentó, primeros pasos, primeras palabras. Onicofagia, enuresis, terrores nocturnos, mitomanía, robo, crueldad, desobediencia. Convulsiones, traumatismo, operaciones, infecciones, toxicomanías. Habitación, higiene, alimentación).

7. Historia escolar. (Inicio, grado máximo, rendimiento, adaptación, disciplina, relaciones interpersonales, deserciones, metas alcanzadas, relato de vivencia más significativas).

8. Historia ocupacional. (Empleos, sueldos, rendimiento, ascensos, adaptación, gratificaciones, metas alcanzadas, relato de vivencias más significativas).

9. Historia psicosexual. (Primeras informaciones, masturbación, relaciones pre y extra maritales, historia menstrual, ritmo periodicidad, F.V.R., embarazos, partos, abortos, — métodos anticonceptivos. Menopausia. Homosexualidad y otras desviaciones; fantasías, insatisfacción, relato de vivencias más significativas).

Exploración Física.

Peso: estatura: pulso T. A.: Temperatura: Resp.

10. Cabeza y cuello.

11. Tórax: aparato respiratorio
región precordial.

12. Abdomen: órganos pélvicos.

13. Extremidades: superiores
inferiores.

14. Exploración neurológica.

Lenguaje, lectura, escritura.
(Afasias, apraxias, agnosias, esquema corporal) pares craneales, motilidad, sensibilidad funciones cerebello-vestibulares, reflectividad, signos piramidales

o extra-piramidales (estación de pie) y marcha.

15. Resumen de datos positivos (del interrogatorio y de exploración física).

16. Impresiones diagnósticas.

I.-

II.-

III.-

17. valoración general de la personalidad y consideraciones psicodinámicas (describir rasgos principales de la personalidad previa: autoritaria, dependiente, perfeccionista, conflictiva, inmadura, vivencias y motivaciones de sus conductas, explicación psicodinámica de algunos síntomas y conductas).

18. Tratamiento inmediato y recomendaciones: (grado de peligrosidad, grado de fugabilidad, prevención del suicidio. Tratamiento – inicial preferentemente por vía parental).

Nombre y Firma del Médico.

Estudio médico social.

Se aplica para conocer las causas del internamiento y el medio familiar en el que se ha desarrollado el enfermo.

Consiste en una entrevista a la persona que lleva al paciente. Se le preguntan los nombres, parentescos, edades, estados civiles, escolaridades, ocupaciones y sueldos de los miembros de la familia. El tipo de vivienda, el número de habitaciones, si es propia o alquilada, si hay animales.

También se busca saber cuáles son los problemas familiares que pueden haber afectado al paciente, así como los recursos económicos con que cuenta la familia para la rehabilitación del enfermo. A qué atribuye la familia el comportamiento del paciente, qué importancia le da y, finalmente, su actitud hacia la enfermedad mental.

Del estudio médico social se desprende, además de un informe sobre todo lo anterior, una expresión diagnóstica y el plan social inicial.

Hoja de Resumen de hospitalización

No. de expediente
Piso

Nombre:

Edad:

No. ingreso:

Lugar y fecha de nacimiento:

Estado civil

Ocupación

Domicilio:

Fecha de ingreso:

Fecha de egreso:

Total días:

Estancia:

Diagnóstico del Ingreso:

Diagnóstico del egreso:
(señalar uno)

1. Motivo de ingreso (principales síntomas).
2. Evolución de los síntomas.
3. Estudio de Gabinete y Laboratorio.
4. Interconsultas.
5. Tratamiento.
6. Actos quirúrgicos.
7. Diagnóstico final.
8. Pronóstico.
9. Motivo del egreso
10. Condiciones al salir.
11. Recomendaciones al salir.
12. Canalizado a.
13. Estudio Post-mortem.

El médico tratante.

Vo. Bo.
Jefe de Servicio.

Hoja de Admisión.

No. de expediente

Piso

Fecha	Hora	Nombre				
Edad	Sexo	Nacionalidad	Ocupación			
Lugar de nacimiento						
Domicilio						
Nombre del padre		Vive	Sí ()	No ()		
Nombre de la madre		Vive	Sí ()	No ()		
Nombre del cónyuge		Vive	Sí ()	No ()		
Estado civil						
Remitido por						
Examinado por el doctor						

Responsable.

Nombre	Parentesco
Domicilio	
Otras referencias	
Domicilio	
Teléfono	
Vo. Bo.	
El Director	El jefe de oficina

Pasa a	Fecha	Motivo	El médico	Vo. Bo. El Director
--------	-------	--------	-----------	---------------------

Carta de Autorización de Responsabilidades.

Nombre _____

C. Director del Hospital Psiquiátrico
Fray Bernardino Alvarez:

El suscrito _____ parentesco _____
responsable del enfermo del enfermo _____ reg. No. _____
Tel. del responsable _____

Autorizo plenamente a los Médicos encargados de su atención, en el Hospital F.B.A. para llevar a cabo el tratamiento Médico o Psiquiátrico, Quirúrgico de su enfermedad, realizar las investigaciones que se encuentren indicadas por el diagnóstico de su mal, aceptando de antemano los riesgos que dicho procedimiento implican comprometiéndome además a someterme a todas las disposiciones generales contenidas en el libro de reglamentos de la Institución, así como también el estudio patológico en caso de defunción.

México, D.F., a _____ de _____ de _____

Testigo

Responsable

Firma

Firma

MI PAC. NO DEJA VALORES

Nombre

Nombre

y/o Representante

Nombre y firma

Carta de Autorización.

México, D. F. a de de

C. Director del Hospital.

El que suscribe _____

responsable legal del paciente _____

con parentesco _____ autoriza plenamente a los médicos de este hospital para efectuar los exámenes que sean necesarios para el diagnóstico de su enfermedad, realizar los tratamientos médicos o quirúrgicos que convengan, así como en el caso lamentable de defunción, los estudios post-mortem que consideren necesarios.

Firma del enfermo o del familiar

responsable.

Domicilio _____

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL.

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".

AUTORIZACIÓN DE SALIDA DE PACIENTES CON PERMISO.

EL C. MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE _____

No. DE EXP. _____ QUE SE ENCUENTRA EN EL PISO _____ SECCIÓN _____

RUEGO A UD. ATENTAMENTE: SE SIRVA CONCEDER UN PERMISO POR _____

ADVIRTIENDO DE QUE EN CASO DE NO REGRESARLO AL TERMINO DEL PLAZO

AUTORIZADO AUTOMÁTICAMENTE SERA DADO DE A L T A DEJANDO A SALVO DE

RESPONSABILIDADES AL HOSPITAL.

FECHA DE SALIDA _____ FECHA DE VENCIMIENTO _____

RECIBI AL PACIENTE.

AUTORIZO.

EL RESPONSABLE

EL MÉDICO TRATANTE

ANEXO 2.

Principales medicamentos usados en el Hospital Fray Bernardino Alvarez.²

1. *Ácido nicotínico* (Hipocol, Ácido Nicotínico Valde casas).
Indicaciones: tratamiento de vértigo y síndrome de Meniere.
Contraindicaciones: hipotensión severa y hemorragia.
Reacciones secundarias: puede producir sensación de calor y bochorno acompañado de enrojecimiento facial.
Laboratorio Valde Casas S.A. , Reg. 52608 SSA SJE-2644/TPPA.
2. *Clorhidrato de Biperideno* (Akinetón: Tabletas y ampollitas).
Medicación auxiliar en el tratamiento del síndrome de Parkinson y traumatismo craneo-cerebral.
Indicaciones: todas las formas de Parkinson, particularmente el medicamentoso y temblor senil, traumatismos cerebrales con síndrome de conmoción, espasticidad por afecciones cerebrales y espinales.
Contraindicaciones: epilepsia.
Reacciones secundarias: trastornos de la micción en sujetos con hipertrofia prostática, sequedad de boca y trastornos de acomodación.
Química Knoll de México S.A. de C.V., Regs. 47958 y 52899 74405 SSA IEAR-20169/95.
3. *Ampicilina* (Amzapen, Anglopen, Binotal, Dibacilina, Diferin, Flamicina, Lampicin: antibiótico de amplio espectro).
Indicaciones: antibiótico de amplio espectro contra gérmenes gram-positivos y gram-negativos.
Contraindicaciones: sensibilidad a la penicilina.
Reacciones secundarias: reacciones alérgicas.
Laboratorio Bayer de México S.A. de C.V., Regs. 62429, 63664, 68126, 70971 SSA GEAR-19198/95.

² Las características de estas medicinas fueron tomadas del Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, México, Ediciones PLM, versión electrónica, 2000.

4. *Carbamazepina* (Carbagretil y Tegretol).

4.1 *Carbagretil* (tabletas y suspensión).

Indicaciones: epilepsia psicomotora, crisis de gran mal, formas epilépticas mixtas, crisis focales, epilepsias con predominio de las manifestaciones psíquicas, incluyendo los ataques de pequeño mal, neuralgia del trigémino y neuralgia del glosofaríngeo. No hipnótico.

Contraindicaciones: hipersensibilidad a los compuestos tricíclicos e inhibidores de la MAO.

Reacciones secundarias: somnolencia, dermatosis alérgicas, anorexia, astenia, hipotonía, lasitud, mareos, lipotomias, náuseas, vómito y vértigo.

Anderson de México S.A., Regs. 76122 y 79701 SSA.

4.2. *Tegretol* (comprimidos y suspensión)

Antiepiléptico psicotrópico y para la neuralgia del trigémino.

Indicaciones: epilepsia psicomotora o del lóbulo temporal, crisis de gran mal, formas epilépticas mixtas, crisis focales, epilepsias con predominio de las manifestaciones psíquicas, incluyendo los ataques de pequeño mal (casi siempre asociado a otros anticolvulsivos). Normalizador de la conducta, neuralgia esencial del trigémino, neuralgia del trigémino de las esclerosis múltiples, neuralgia esencial del glosofaríngeo.

Contraindicaciones: hipersensibilidad a los compuestos tricíclicos, contraindicada con inhibidores de la monaminoxidasa.

Reacciones secundarias: somnolencia, dermatosis alérgicas, anorexia, astenia, hipotimia, lasitud, mareos, lipotimias, náusea, vómito, vértigo. Controlar cuadro hemático.

Novartis Farmacéutica S.A de C.V., Regs. 64445 y 76957 054M88-SSA BDI: 09/12/92
PDI: 04/98 SEAR-104069/RM98.

5. *Clorpromazina* (Serpavenil, Largactil: grageas).

Hipotensor

Indicaciones: hipertensión arterial.

Contraindicaciones: pacientes con anuria u oliguria, úlcera péptica activa, estados comatosos y trombosis.

Reacciones secundarias: excesiva sedación, anorexia, náuseas, diarreas y excesiva hipotensión.

Laboratorio Rhone Poulenc Rorer S.A. de C.V., Regs. 41456 y 42368 SSA GEA-18234/94.

6. *Diazepan* (Valium, Laboral y Ortopsiq: tabletas de 2 mgs., 5 mgs. y 10 mgs.)
Tranquilizante, sedante, hipnógeno, estabilizador, neuro-vegetativo y miorrelejante.
Indicaciones: medicación psicótropa, tranquilizador y relajaute muscular.
Contraindicaciones: personas hipersensibles al medicamento, glaucoma, miastenia grave e hipertrofia prostática.
Reacciones secundarias: somnolencia y resequedad de boca.
Laboratorio Producto Roche S.A. de C.V., Regs. 58834 y 62019 SSA GEAR-203717/99.
7. *Haldol, Haloperidol* (tabletas, gotas, inyectable).
Neuroléptico mayor, no reserpínico, no fenotiazínico.
Indicaciones: a dosis bajas (1/2 y 1 mg) en estado de ansiedad, tensión, ansiedad neurótica, tensiones reactivas y manifestaciones psicósomáticas producidas por la ansiedad. Haldol gotas 2 mgs. En estado crónicos y tratamiento de pacientes difíciles o niños que no toleran las tabletas.
Haldol tabletas 5 mgs. en psicosis agudas, excitación psicomotora, "bouffées delirantes", estados melancólicos, psicosis alcohólicas. Para psicosis crónicas (esquizofrenia, estados delirantes crónicos sin disociación esquizofrénica, demencias orgánicas, estados neuróticos).
Haldol ampollitas 5 mgs. en estados agudos y sub-agudos de agitación psicomotora.
Contraindicaciones: depresión severa por alcoholismo o por otro agente central depresor, pacientes comatosos, enfermedad de Parkinson.
Reacciones secundarias: somnolencia, apatía, resequedad de boca, fatiga y acatisia.
Janssen Farmacéutica S.A. de C.V., Regs. 63972, 64181 y 64297 SSA, IPPA No.JEAR-28708/95.
8. *Melleril* (clorhidrato de tioridazina).
Neuroléptico de rápida re inserción social.
Indicaciones: estados de excitación, psicosis, alcoholismo, tensión, sonambulismos, trastornos del comportamiento, trastornos psicósomáticos.
Contraindicaciones: depresión severa, estados de coma, hipertensión arterial, hipotensión arterial.
Reacciones secundarias: somnolencia, letargo, fotosensibilidad, constipación, congestión nasal, galactorrea, disminución de la libido.
Novartis Farmacéutica S.A. de C.V., Regs. 52714 y 58284 SSA FEAR-104070/RM98.

9. *Metil-Dopa Cortem* (Aldomet: tabletas).

Indicaciones: antihipertensivo.

Contraindicaciones: hepatitis aguda y cirrosis activa; sensibilidad conocida a la metildopa.

No se recomienda en pacientes con disfunción o enfermedad hepática.

Reacciones secundarias: sedación, cefalea, astenia, debilidad, reducción efectiva de la presión sanguínea, mareo, aturdimiento y síntomas de insuficiencia cerebrovascular, hipotensión ortostática o hipotensión del ejercicio, congestión nasal, ligera sequedad de boca y síntomas gastrointestinales.

Merck Sharp & Idhome de México S.A. de C.V., Reg. 77892 180M87 SSA IFC-ADM-T/1-0895 JEA-27477695/95.

10. *Perfenazina* (Leptopsique: grageas).

Antiemético, tranquilizante.

Indicaciones: como antiemético, en los trastornos simpáticos del embarazo, emesis e hiperemesis gravídica, vómitos postanestesia, intoxicación e hipo. Como tranquilizante en neurosis, psicosis, ansiedad y alteraciones emocionales.

Contraindicaciones: estados depresivos de origen psíquico o producidos por drogas en pacientes con signos de depresión de la médula ósea.

Reacciones secundarias: como cualquiera de los derivados fenotiazínicos, pueden provocar reacciones extrapiramidales (disquinesia, distonía e hiperreflexia). En casos raros puede presentarse fotosensibilidad, ictericia o hipotensión.

Psicoforma S.A. de C.V., Reg. 85690 SSA FEAR-14663/94 y FEAR 11785/93.

11. *Levomepromazina* (Sinogan: comprimidos, solución inyectable 25 mgs.).

Tranquilizante, sedativo con acción analgésica.

Indicaciones: insomnio, excitación psicomotora del tipo ansiedad, angustia que acompaña a diversos padecimientos orgánicos (agudos o crónicos) o en alteraciones psicósomáticas de diversa índole, o en neurosis o psicastenia, insomnio, estados de agitación y excitación psicomotora crónica de diversos psicosis. En el tratamiento de algias intensas, asociadas a padecimientos crónicos como artritis, neuralgias diversas o algias cancerosas o post-traumáticas.

Contraindicaciones: en pacientes seniles con antecedentes de daño cardiovascular, arterioesclerosis o en pacientes con taquicardia o insuficiencia hepática o antecedentes de

ictericia o con leucopenia. Está contraindicado en estados de coma etílico, barbitúrico, narcótico o por otros depresores centrales.

Recomendación: en pacientes que sean sometidos a altas dosis desde el principio deberán permanecer acostados durante 30 minutos.

Reacciones secundarias: somnolencia y astenia son los síntomas más frecuentes así como hipotensión ortostática y taquicardia, y en ocasiones resequeza bucal. En tratamiento prolongado puede provocar aumento de peso.

Laboratorio Rhone Poulenc Rorer S.A. de C.V., Regs. 51536 y 51340 SSA HEA-18817/94.

12. Tiamina (elixir y tabletas).

Clorhidrato de Tiamina.

Indicaciones: estados polineuríticos carenciales, en enfermos con alimentación deficiente, polineuritis diabéticas, polineuritis del alcoholismo y para aumentar el apetito. Profilaxis y tratamiento del beriberi, anorexia de origen dietético, trastornos cardiovasculares, hipermetabolismo y cuando exista hipovitaminosis B1.

Contraindicaciones: en casos de alergia a la vitamina B1.

Reacciones secundarias: náuseas, vómitos y erupciones cutáneas.

ABBOTT LABORATORIES DE MÉXICO S.A., Regs. 16780 y 20809 SSA.

Terapéuticas utilizadas para tratar actualmente las enfermedades mentales.

Casos en los que son utilizados y los efectos de su aplicación.

A) Terapéutica electroconvulsionante (T.E.C.). Es un tratamiento sencillo, rápido, barato y efectivo, menciona Attsskul. Esta técnica fue creada en los años treinta y es muy utilizada por algunas instituciones psiquiátricas. Esta técnica esta basada en el paso de una corriente eléctrica por medio de electrodos aplicados en las sienes, con una intensidad oscilante entre los 80 y 130 voltios, en un periodo de tiempo variable, capaz de provocar convulsiones, con perdida de conciencia. En caso de que la aplicación de Schock no promueva la aplicación de la crisis convulsiva, puede repetirse la aplicación cuantas veces sea necesaria reajustando el voltaje y el tiempo. En caso de agitación se utilizan medicamentos sedantes por vía intramuscular, con los cuales se obtendrá la prolongación del sueño. Las principales enfermedades que reciben electroschock son las depresiones endogenas, las psicosis maniacodepresivas, las psicosis esquizofrénica, la catatónica, la mania en su fase aguda. De acuerdo con González se ha demostrado experimentalmente que no es el paso de la corriente, sino la convulsión la responsable del efecto terapéutico, hasta el punto que cuando no se obtienen los resultados son desfavorables. La esencia del tratamiento es originar un estres encefálico capaz de modificar el nivel de los transmisores cerebrales y su indicación es totalmente especializada. Hay que saberlo aplicar, porque se genera una consecuencia irreversible, son secuelas orgánicas que deterioran el estado del paciente³.

B) Terapia insulínica. Introducida por Saker en 1930. Esta técnica constituye aun en nuestros días uno de los recursos terapéuticos para el tratamiento de la esquizofrenia. El fundamento de la terapia esta situado en la obtención de una hipoglucemia, a través de la aplicación de dosis progresiva de insulina, capaz de establecer un grado de anoxia cerebral que lleva al paciente al estado de coma, el método actual consiste en la aplicación progresiva de insulina, partiendo de 10 unidades por día, dejando al paciente bajo sus efectos que se alargan durante cuatro horas, hasta llegar al coma, meta de la terapia. Primera hora: los síntomas empiezan a manifestarse en somnolencia, sudación, hambre, orientación defectuosa. Segunda hora: temblores finos, desordenes perceptivos, excitación psicomotriz, afasia, agnosia, síndromes psicóticos, taquicardia, descenso de temperatura. Tercera hora: perdida del conocimiento, sacudidas,

³ Cfr. M., González. Recursos terapéuticos psiquiátricos para el médico general; México, MINSAP, 1984.

espasmos de torsión, inquietud motora, dilatación pupilar, exoftalmos, taquicardia. Cuarta hora: acentuación de estupor, temblores, espasmos, tónicos, desviación de los ojos, disminución de la sensibilidad exteroceptiva, disminución de reflejos tendinosos, respiración superficial, pupilas en el punto de alfiler, signo de parálisis de funciones piramidales, pulso disminuido. La salida de este estado se efectúa por la inyección endovenosa de solución glucosa hipertónica o la administración de glucosa por sonda nosogástrica. Se aconseja la terapia de cinco a seis días a la semana, la cantidad mínima considerada como útil es de treinta sesiones. Esta terapéutica como la anterior presenta peligros graves como son secuelas psicoorgánicas, cardíacas, pulmonares, neurológicas, puede haber accidentes fatales que pueden terminar con la vida de la persona. La agravación transitoria de los síntomas psicóticos son las alteraciones de conducta, los trastornos y el humor, son situaciones frecuentes en el curso de la terapia, pero pueden ser corregidos con un plan farmacológico y en algunos casos con la aplicación de sesiones de electroconvulsión⁴.

C) Shock metrazólico o cardiolizado. Introducido por Von Meduna. Este se inyecta vía endovenosa, introduciendo la solución de metrazol capaz de provocar un estado convulsivo, con pérdida de conciencia y agitación. Práctica terapéutica que fue desplazada por el electroshock.

D) Psicocirugía. La psicocirugía se realiza en los casos de trastornos psicopatológicos crónicos de gravedad, en los que han fracasado todas las otras posibilidades terapéuticas, especialmente se utiliza en los casos de neurosis obsesivas, esquizofrenia y trastornos que cursan con intensa agresividad. La técnica se basa en la cirugía estereotáctica, con destrucciones del núcleo medial dorsal del tálamo u otras interrupciones quirúrgicas de vía troncoencefálicas. Algunos han combinado esta técnica con la introducción de iridio radiactivo con la utilización de ondas ultrasónicas para producir necrosis locales⁵.

La psicocirugía no hace más que destruir ontogénicamente centros cerebrales. El cirujano elige el síntoma sobre el que quiere trabajar, luego destruye la capacidad de respuesta emocional del cerebro para curar ese síntoma, sin tener en cuenta que de esta manera ha sojuzgado por entero a un ser humano. Desde el punto de vista ético, la operación es intolerable, es un tipo de mutilación que atenta contra todas las tradiciones respecto hacia la persona humana⁶.

E) Psicofarmacos. La psicofarmacología apareció a mediados de este siglo, en 1952. Delay utilizó por primera vez la clorpromacina en el tratamiento de un paciente, a partir de ahí se desarrolló la

⁴ Cfr. N., Vallejo. Introducción a la psiquiatría; Barcelona, Científico-Médica, 1981.

⁵ Cfr. P., García. Manual práctico de psiquiatría actual; España, Nobel, 1994.

⁶ Cfr. J., Berke. Aquí me tuve que volver loca. pág. 101-102.

terapéutica psicofarmacológica, razón por la que se considera a Delay el fundador de este tratamiento, y autor de la clasificación tan extensa y utilizada en nuestros días.

-Ansiolíticos. Utilizados para disminuir la ansiedad en todas sus formas, neurosis, crisis de angustia, ataque de pánico, fobias trastornos obsesivos compulsivos, algunos trastornos de personalidad, etcétera. (En nombre comercial traquimazin, tiadipona, lexatin, albego, clarmyl, noiafren, rivotril, huberplex, distensan, diacepam leo, prodes, sedotime, aplakil, sobile, demetrin, atarax, serenitas, etcétera). Efectos secundarios como son la sedación, pérdida de reflejos y relajación muscular, amnesia y pérdida de memoria.

-Hipnóticos o hipnoinductores. Sirven para facilitar la conciliación del sueño. Se utiliza en insomnio y trastornos como la depresión, la manía, la demencia, esquizofrenia, psicosis, trastornos de ansiedad, alcoholismo, etcétera. (En nombre comercial sintonal, rohipnol, dormodol, somnovit, lembrol, noctamid sedobrina, dormicum, hispal, nitrazepan, pelson, placinoral, halcion, stilnox, datolan limovan). Los efectos secundarios son similares a los anteriores.

-Antidepresivos. Sirve para normalizar un estado de ánimo descendido. Indicado para todo tipo de trastornos depresivos y ansiedad. (En nombre comercial deprax, suvector, triptizol, demolox, anafranil, codox, tofranil, pómoato, imiprex, deftan, surmontil, lifril, ludiomil, lantanol, adofren, reueneron, dumirox, seroxat, aremis, cincofarm, telesol, manerix, vivarint). Efectos secundarios son la sedación, sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, sensación de inestabilidad, alteraciones de la tensión arterial, etcétera.

-Antihipnóticos o neurolépticos. Sirven para organizar el pensamiento delirante y combatir la presencia de alucinaciones. Son utilizados para las psicosis y sobre todo para las esquizofrenias, depresiones delirantes, en las fases maníacas y en las paranoias. (En nombre comercial halaperidol, cutimia, desconex, largatil, medecate, cutimon, sinogan, lonseren, decentan, nemactil, orap, majeptil, meleril, eskazine). Algunos se administran por vía oral, otros por vía intramuscular o endovenosa. Efectos secundarios son la sudación, sequedad de boca, hipotensión, estreñimiento, visión borrosa, impotencia, eyaculación dolorosa, rigidez, fiebres, hipertensión, taquicardia, leucotosis, disminución del nivel de conciencia.

-Estabilizadores de estado de ánimo o antimaniacos. Son utilizados en las fases maníacas, psicosis, maníacodepresivas. (En nombre comercial plenur, depakine, tagretol, rivotril, depamine, manidon, sdumial, catapresan), Efectos secundarios altera la función renal, tiroidea,

paratiroidea, cardíaca o neurológica, aumento de peso, reacciones dermatológicas y gastrointestinales⁷.

⁷ Cfr. P., García. Manual práctico de psiquiatría actual; España, Noble, 1994.

ANEXO 3.

Nombre: *Clotilde Hernández*

Antecedentes.

Clotilde no recuerda exactamente cuándo ni cómo llegó al Fray; solamente que sus tíos la llevaron después de la muerte de su abuela, a quien quería mucho y porque “no pegaba los ojos en toda la noche y lloraba todo el día”.

Desde que salió del Fray, Clotilde vive en la Ciudad de México; trabaja como sirvienta y es una persona, al menos en apariencia, normal.

Ella vivió tres meses en un pabellón del Fray; nunca supo de qué, pero está segura de que la curaron. Su caso pertenece a las estadísticas del hospital; es parte de un número x de pacientes mentales que se reintegran a la vida social y que nadie sabe o nadie quiere decir a qué porcentaje asciende.

Entrevista.

– Namás me acuerdo de una enfermera que se llamaba Estelita que me quería mucho y de una doctora muy bonita, deveras bonita, y que se reía siempre. No me acuerdo bien, pero me dijeron que cuando llegué ahí me creía doctora y hasta me preguntaban qué cuántos pacientes tenía.

– A todas horas nos daban huevos, estrellados, o revueltos, con chorizo, papas con huevo en la comida y pan, mucho pan. A veces me daban tortillas... bueno, na`más los miércoles ; los miércoles nos daban tortilla y media... no sé por qué nos daban tan pocas tortillas ... en la tarde nos daban de cenar huevos tibios... a otros les daban verduras... zanahorias, ejotes... calabacitas... a las personas que debían comer mucho les daban carne y leche, pero a nosotros no.

– A mí nunca me trataron mal... todas me querían mucho, bueno una vez que no se me olvida, una enfermera me dio un puñetazo bien fuerte en la cara... por eso yo nunca me quise hacer amiga de las enfermeras; yo sólo me llevaba bien con las enfermeras, sobre todo con las que eran bien buenas conmigo. En la cocina había una muchacha bien bonita... tenía un lunar negro bien bonito y trenzas muy largas... Desayunábamos a las ocho de la mañana; a la una comíamos y a las seis de la tarde cenábamos.

– Pues sí me desesperaba y me aburría; había veces que ya no soportaba más porque había enfermas bien pero bien locas, pero había a veces tejía... bordaba... leía. Una de las enfermeras, Estelita, la que le contaba, me llevaba libros bien bonitos para leer... también me llevaban fruta y a veces hasta veíamos televisión. Ella llevaba una televisión bien chiquita y a mí me dejaban verla con ellas. En la noche pos todas nos íbamos a dormir... apagaban las luces de los cuartos y sólo

dejaban dos focos del pasillo, que casi ni alumbraban... había dos celadoras, así se llaman ¿verdad?, que se quedaban toda la noche con nosotros; una se dormía y la otra vigilaba y así toda la noche.

– No, nunca me tocó ninguna emergencia... decían que en el sexto piso estábamos las menos enfermas porque los locos de deveras se tiraban por las ventanas, había ventanales muy grandes por los que se tiraban, y decían que nosotros estábamos ya por curarnos. Sí, muchas veces no pude pegar los ojos en toda la noche, pero nunca me castigaron porque yo iba con la celadora y le decía y ella me daba una pastilla para dormir; pero había enfermas que no se querían dormir y que hacía mucho escándalo y les decían: ‘Si no se duermen, las vamos a encerrar y a poner en una camisa de fuerza’ y deveras las encerraban, creo que no las amarraban, pero las llevaban a los cuartos de aislados, unos chiquitos que estaban hasta el fondo del pabellón... ahí tenía su cama y creo que un baño. Nos bañaban a veces, bueno yo nunca me deje bañar, yo me bañaba sola y a veces me metía a las seis de la tarde, después de cenar. A otras, que no querían bañarse, las metían a la fuerza y les echaban chorros de agua fría para que aprendieran a obedecer. Yo, pos la mera verdad, me bañaba cuando había agua caliente porque ¡viera qué frío hace ahí!– [Clotilde, regordeta, baja de estatura y cabellos negros chinos, se acomoda en una de las sillas del comedor en el que estamos].

– Yo nunca me puse ropa de esas azules, yo no quería ponerme ropa de enfermas; me la querían poner, pero yo le dije a la enfermera que le llamara a mi tío para que me llevara ropa. Sí, mi tío fue y me compró ropa porque me habían traído de mi pueblo con lo que traía puesto, una más bonita de esa para hacer ejercicio de color azul, se veía mejor de lo que daban ahí. Mi tío me iba a ver cada ocho días, creo que los domingos, y yo le daba mi ropa sucia y él me llevaba la limpia... bajábamos al jardín y platicábamos... me llevaba bolsas de fruta y a veces hasta dulces, a veces él hablaba con el doctor... yo le decía a mi tío que me daba mucho miedo estar ahí, que oía los gemidos y los gritos, gimen bien horrible, deveras, me moría del miedo.

– La doctora siempre me decía que pronto iba a salir de ahí, que ya me estaba curando... me hicieron una prueba, en un cuarto y tuve que hacer muchos dibujos y responder a todo lo que preguntaban... Yo creo que no la pasé porque seguí ahí como por dos semanas. A la segunda vez que me la hicieron sí la pasé porque me dijeron que ya iba a salir pero que tenía que seguir yendo a consulta. Me acuerdo que estaba yo muy triste porque ya tenía permiso para salir pero mis tíos no iban por mí, tardaron una semana ¿usted cree?

– Lo que más quería era bajar al patio, a descanso, porque ahí veía a un muchacho que me gustaba que estaba en el lado de hombres de ahí, del sexto piso. Creo que era maestro de escuela y se veía normal, no sé porqué estaba ahí.

– En el patio había salones, no me acuerdo pero creo que les mentaban de terapia; había canto, costura, carpintería y hasta un salón de clases... yo nunca tomé esas clases pero sí conocía el salón

porque a veces cerraban las cortinas y pasaban películas de espantos y de guerra, eran películas muy tristes... yo creo que era para ver cómo reaccionaba uno.

-- A mí nunca me dijeron qué fue, solamente dijeron que yo me creía doctora y que después, con las inyecciones y las pastillas, me curé. No, a mi tío tampoco le dijeron de qué me enfermé, de veras nunca supimos qué fue lo que pasó; sólo le dijeron que sí me volvía a poner mal que me llevara al hospital otra vez y que no dejara la consulta. No, ya no voy, al principio mis tíos me llevaban, hablábamos con el doctor, ahí en el piso de abajo del Fray, y me recetaban pastillas, me decía que me estuviera tranquila y que durmiera bien.

-- Mire, a mí me trataron bien... luego supe-- [Clotilde sonríe] --que Estelita estaba enamorada de mi tío, pero él era casado. Todos me querían mucho, fijese, yo platicaba mucho con las enfermeras y componía canciones... agarraba una especie de cartón y con un lápiz que tenía escondido escribía las canciones. La primera canción se la regale a la cocinera y creo que ella se la enseñó al doctor y ya no me la devolvieron.

-- Sí, ahí es rete fácil escaparse... yo supe de varios que se salían y pedían dinero para el camión y se iban a sus casas. Pero era peor porque los regresaban y volvían otra vez a empezar todo y estaban más tiempo encerrados.

-- Mire, yo no sé si sirva, pero nunca vuelvo a entrar ahí. Sí lo he recomendado... a una señora que vivía por donde mi tía, que decía que la iban a envenenar y estaba bien loca... pero yo no sé si sirva porque ahí hay gente muy loca, de veras es bien feo.

-- Antes de llevarme al Fray Bernardino me llevaron con una bruja... me hizo brujería... ¿sabe lo que hizo? Me agarró y me limpió con un huevo, lo echó en una cubeta de agua y les dijo a mis tíos que yo no tenía nada. Ellos creían que un muchacho, el que era mi novio, me había dado algo para que yo estuviera así, sin dormir y como estaba. No sé bien qué pasó, pero mis tíos decidieron traerme a México y llevarme al Fray Bernardino y pues por eso estuve ahí.

-- No, a mí no me da pena decir que estuve en el Fray Bernardino; fijese, la señora con la que yo estaba trabajando se asustó cuando se lo dije y me llevó al hospital para que el doctor le explicara qué tenía yo, porque le daba miedo con sus hijos. El doctor la regañó y me dijo a mí que dejara de trabajar con ella, que no me convenía trabajar con una persona así. Yo ya me siento muy bien, ya no estoy enferma y pues sí me da mucha tristeza que mi mamá ya no está, pero ya puedo dormir bien.

*Juventino Flores.*¹

– ¿Usted se llama Juventino?

– Sí...– [responde seguro el hombre de aproximadamente 40 años; no parece agresivo, por el contrario, cualquiera pensaría que se trata de una persona tranquila. Se ve acabado, con una delgadez morena tan marcada que las dos batas “blancas” que viste, le cuelgan como si se tratara de un perchero. Pero lo más impresionante de Juventino son sus ojos grises llenos de profundidad].

– A ver... Juventino, siéntese, por favor-- [le indica el doctor X. El paciente se acomoda en una de las sillas que hay en el consultorio, los doctores, X y G, también se sientan].

-- A ver... Juventino... ¿usted estuvo en la cárcel?

– Sí

-- Dígame, ¿por qué?

-- Pos... empezaron a trabajar... yo he sido obrero, sabe, conozco de la agricultura... pero llegó el tiempo en que yo me casé... mi apá no mi dio nada... yo estaba trabajando en la tierra prestada... rentaba pastura...

-- Está bien, Juventino.-- [lo interrumpe el doctor X] --Responda lo que le pregunte, a ver... ¿por qué estuvo en la cárcel... se acuerda?--

-- Caí en la cárcel porque empezaron a criticar a mi familia y a mí...

-- ¿Quiénes?-- [pregunta el doctor G].

– M'iban a matar...

-- ¿Quiénes?-- [le insiste X].

-- Los vecinos, los habitantes... pero sólo lo hacían para alarmarme... para envolverme en el sistema planetario...

-- ¿Cómo?-- [sigue X].

– Mire... hay aparatitos... d'esos de cinco pesos... yo he visto...

– Juventino-- [lo interrumpe X] --dígame ¿usted es agresivo?

– Le diré que no... bueno, sólo cuando me veo en una contrariedad... en mi defensa.

-- Dígame ¿ha llegado a matar?

– Sí

-- ¿A quién?

– A ella-- [Juventino responde tranquilo].

-- ¿Quién es ella?

– A mi mujer, la que fue mi mujer.

¹ La grabación de la entrevista fue realizada por Gloria Valek Valdes, el miércoles 03 de septiembre del 2002, en el pabellón del ala masculina, tercer piso del Hospital Fray Bernardino Alvarez. La transcripción es responsabilidad de Olinca Suárez Mejía para los fines de este trabajo.

- ¿Recuerda cómo la mató?
- Porque... estaba de acuerdo con la vecina...
- Pero ¿cómo la mató?
- Porque estaba de acuerdo con esos, ya se lo dije.
- Bien, dígame ¿pensó que estaba confabulando en contra de usted?
- Sí... llegué a ir a las asambleas, en el barriecito... los empecé a ver armados... que desconfiaban de mí. Yo les hubiera dado la solución...
- ¿Qué solución?
- Pos no soy ni borracho... ni borracho...
- Oiga, Juventino y ¿por qué lo veo amarillo? ¿Doctor G, no lo ve amarillo?
- Pos debe ser el atrofamiento, por lo que he sufrido... ya llevo tres años.
- Juventino ¿Le hace daño hablar de su esposa?
- No. Ella me invitaba a donde estaban las emboscadas... y mi apá se lo decía... criticaban pa' desorientar a mi mujer y me odiara.
- Su mujer... ¿qué pensaba?
- Yo le pregunté si tenía que ver con ellos, pos sólo pa' cuidarme.
- ¿Y qué le contestó ella?
- Ni caso m'hizo... Mire, las mujeres con dueño que andan con otros... mi casa ya' estaba casi terminada, le faltaba el techito pero me querían quebrar...
- ¿Cómo la mató?
- Ella hacía hechicería... me querían hacer hechizar, me' estaban hechizando...
- ¿Le cuesta trabajo explicarnos cómo la mató?– [pregunta X].
- ¿Sufre usted por lo que hizo?– [interviene G].
- Pos no... vino su amá de ella y l'hizo que se fuera p'al arroyo. Ella tenía su llave de agua en su casa, dígame ¿pa' qué tenía qu' ir p'al arroyo? Me causaron males malignos en la cadera y aquí– [señala el estómago] – y pa' que el miembro no funcionara...
- No le dá pena, Jueventino, dígame-- [interviene X] –¿no se le paraba el pene?
- No... y fue cuando me dio coraje... La que me mandó echar el mal era diuna tienda.
- ¿Cómo la mató?... Dígame Juventino ¿Cómo mató a su esposa?
- Con un machetazo
- ¿En la casa?
- No... en donde me' estaba bañando pa' buscar el médico que me diera una medicina. Ella estaba allí... le dije que viniera conmigo... no quiso... me amenazó... querían un escándalo pa' matarme. Corrió a gritarle a

■ su amá... la perseguí con el machete...

– ¿En dónde le dio?

– En la cabeza...

– ¿Le dio así— [el doctor X simula un corte de cabeza] —... le partió la cabeza... o cómo?

– Fue una herida en la cabeza... así... mire...— [Juventino se agacha y señala la parte trasera de la cabeza, casi el cuello].

– ¿Y murió luego, luego?— [interviene el doctor G].

– Yo no sé, llegó su amá y su apá y estaban todos los espías viéndome...— [Juventino sigue su narración con tranquilidad].

– ¿Y qué pasó después?— [pregunta X].

– M'echaron a la cárcel... ocho meses sin saber ni qué... [Menea la cabeza].

– ¿Se siente mal por haber matado a su esposa?

– Sí, me hace falta, ya' estaba acostumbrado. Tengo mis niños.

– ¿Cuántos hijos tiene?

– Siete... la más grande de trece y el más chico de cinco...

– ¿Con quién están?

– Con el papá. Yo quisiera poder aclarar que si no tuvo compasión conmigo, si me causó tanto daño, cómo podrá cuidar...— [mueve la cabeza, parece preocupado] — era cómplice...

– Juventino... ¿no le da tristeza todo esto?

– Quiero decirle que me da tristeza pero no la puedo remediar. Si algún día Dios me da licencia y pueda encontrar a una mujer que los cuide...

– ¿Dónde viven sus hijos?

– Unos andan con mi hermana... otro está en un ristorán, ahí lava platos todos los días y otro trabaja, pos donde le dan...

– Juventino, después de todo lo que pasó ¿sigue considerando a su esposa culpable?

– Sí... estoy cierto... me quería fregar y darles vuelo, darse gusto con quien le hablara...

– ¿No se arrepiente?

– Pos no... me arrepiento pos por la falta que les hace a las criaturas... pero por la ofensa que m'hizo... por mentirosa... ella ,e puso emboscadas...— [Juventino parece alterarse y agita las manos con insistencia].

– Juventino ¿sabe dónde está?

– Me trajeron a curación... pero no sé por qué lo hace mi apá. El cree en los espíritus desde chico...

– ¿Usted cree en ellos, oye voces en su cabeza?

– Pos sí... cosas que ni he visto nunca... ni conozco...

– Juventino ¿puede usted comunicarse con la mente?– [interviene G].

– Pos sí... eso me pasa, me roban mis pensamientos. ¿Sabe una cosa? A mí me toca el planeta libra... yo soy libra... géminis, sagitario, acuario, leo...

-- Juventino, mire– [interviene X] –aquí vamos a tratar de ayudarlo...

– Siento como gusanos en la cabeza– [Juventino se jala el pelo, mueve la cabeza con desesperación] –se me escurren... parece que se van a caer...

– ¿Le dicen algo?

– Sí– [Juventino voltea como olvidándose de los gusanos].

-- ¿Qué le dicen?

– No,–[Juventino sonríe con picardía] –pos no puedo darle el contenido...– [Todos sonreimos].

– Mire, Juventino...-- [sde incorpora el doctor X] –queremos ayudarlo... sabemos que está sufriendo... le vamos a dar un tratamiento para darle paz a su espíritu... para sacarlo de ese infierno... porque ¿es un infierno... verdad?

[Juventino entristece nuevamente y asienta con un ligero movimiento de cabeza.]

-- Venga... venga Juventino... vamos a empezar... le aseguro que se va a sentir mejor... venga...

[el doctor G lo acerca a la puerta del consultorio].

Juventino fue diagnosticado como *esquizofrénico paranoico*.

A Juventino nadie le preguntó si quería ser tratado psiquiátricamente. Por supuesto, no entró al hospital por su voluntad. Tampoco le explicaron que ahí adentro (peor que en la cárcel) no sólo se pierde la libertad, sino que se está a merced de los otros, de los libres, de los que poseen o creen poseer los conocimientos: de los médicos; que ahí, además de asesino, la apresurada lectura de su historia clínica y una frugal entrevista lo sentenciaron como *esquizofrénico paranoide*. No sólo lo privaron de su libertad, sino que manipularon su cuerpo, y, peor aún, su cerebro..

Juventino fue diagnosticado como *esquizofrénico paranoico* porque, según los médicos que lo atendieron, reúne todas las características de ese padecimiento.

ANEXO 4.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (extractos).

El Programa Nacional de Salud responde a otro programa de Descentralización Administrativa que se lleva a cabo en todas las dependencias gubernamentales. El texto oficial de dicho Programa contiene los objetivos y estrategias generales y específicos sobre todos los aspectos de la salud pública.

Con respecto a la salud mental, se refiere al desarrollo de programas preventivos y de control epidemiológico; al tratamiento de los padecimientos mentales, a la rehabilitación psiquiátrica y a actividades de promoción de la salud mental.

Manifiesta, asimismo, la preocupación de la SSA por el incremento de las enfermedades mentales. “Los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en nuestro país. Se estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana sufrirá en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentarán depresión; medio millón sufrirán esquizofrenia; medio millón padecerá epilepsia, y la demencia la padecerán diez por ciento de los mayores de 65 años. En unos años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.”(Presidencia de la República. Programa Nacional de Salud 2001-2006 en 3. *Estrategia*. 3.7 *Atender los problemas de salud mental*. México, Diario Oficial, Viernes 21 de septiembre de 2001, p.59).

En el campo de la salud mental, el objetivo específico del Programa es “Coadyuvar a que el individuo desarrolle adecuadamente su personalidad y atender con efectividad los desajustes emocionales que interfieren con su bienestar, productividad y vida familiar, procurando además su adecuada incorporación a la comunidad”. Para lograrlo, plantea como líneas estratégicas de acción las siguientes:

“Dentro de las actividades que se habrán de desarrollar en esta administración en este terreno se incluyen:

- Actualización y fortalecimiento de los modelos de atención a la salud mental.
- Establecimiento de programas de acción para la atención integral de la depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, trastornos por déficit de atención y del desarrollo infantil, así como para la atención psicológica en casos de desastre.
- Incremento de la oferta de servicios ambulatorios a la población que sufre estos padecimientos.
- Desarrollo de una intensa labor de capacitación en salud mental en las escuelas de medicina, programas de posgrado y entre los profesionales activos.

Guía ética para los psiquiatras.

"DECLARACIÓN DE HAWAI."

DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA.

Los representantes de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y las sociedades miembros de la Asociación Mundial de Psiquiatría en el VI Congreso Mundial de Honolulu, Hawai, el 3 de septiembre de 1977, revisaron y aprobaron las guías éticas para los psiquiatras, tomando en cuenta las diferencias económicas, legales y sociales de cada país. Nuevamente se reitero este compromiso en 1992.

1. La finalidad de la psiquiatría es promover la salud, la autonomía y el progreso personal. Siendo consistente con los principios éticos y científicos, el psiquiatra deberá servir a los mejores intereses del paciente y deberá preocuparse por el bien común y por una adecuada distribución de los recursos de salud.

Para cubrir estos objetivos, el psiquiatra requiere estudiar y prepararse continuamente y educar asiduamente a su personal de salud mental, a sus pacientes y al público en general.

2. A todo paciente se le debe ofrecer la mejor terapia posible y tratar con la solicitud y el respeto que se debe a la dignidad de todo ser humano y a la autonomía de cada uno sobre su propia vida.

El psiquiatra es el responsable por el tipo de tratamiento que ofrece el personal a su cargo y debe supervisarlo y educarlo idóneamente.

Cuando el paciente lo solicite y el psiquiatra tenga dudas al respecto, buscará la ayuda o la opinión de un colega con más experiencia.

3. La relación terapéutica entre el paciente y el psiquiatra se funda en un común acuerdo y requiere confianza, reserva, franqueza, cooperación y responsabilidad mutuas. Tal relación, naturalmente no se puede establecer con pacientes gravemente enfermos. En estos casos y en los de tratamiento de niños, el contacto deberá establecerse con una persona íntimamente relacionada con el paciente y previamente aceptada por él o ella.

Si esa relación se establece con otros propósitos que los terapéuticos, por ejemplo en psiquiatría forense, su naturaleza deberá explicarse con detalle a la persona interesada..

4. El psiquiatra deberá informar al paciente sobre la naturaleza de su condición, del diagnóstico propuesto y de los procedimientos terapéuticos, incluyendo alternativas posibles y de pronosis. Esta información deberá brindarse de una manera considerada y al paciente se le dará la oportunidad de escoger entre distintos métodos posibles y apropiados.
5. No se llevará a cabo ningún procedimiento o tratamiento en contra o independientemente de la voluntad del paciente, a menos que a éste le falte la capacidad para expresar sus

- Fortalecimiento del abasto, disponibilidad y acceso a los medicamentos necesarios para la atención de los problemas prioritarios de salud mental.
- Creación de redes comunitarias en apoyo a la atención de la salud mental.
- Realización de la primera encuesta Nacional de Salud Mental.

Las metas que se pretenden alcanzar en este rubro son las siguientes:

- Incrementar en 20 por ciento los servicios proporcionados a la población con padecimientos mentales.
- Ampliar en un 20 por ciento la capacidad y los recursos para la atención de salud mental.
- Mantener bajo control epidemiológico las tasas de suicidio consumado.”(Presidencia de la República. Programa Nacional de Salud 2001-2006 en 3. *Estrategia. 3.7 Atender los problemas de salud mental*. México, Diario Oficial, Viernes 21 de septiembre de 2001, p.60.).

deseos, o que, debido a una enfermedad psiquiátrica, no pueda saber qué es lo mejor para él, o que por la misma razón, sea una grave amenaza para los demás.

En estos casos podrá o deberá darse tratamiento obligatorio, siempre y cuando se haga en el interés del paciente y durante un periodo razonable. Se podrá aceptar un consentimiento retroactivo y, cuando sea posible, se obtendrá el consentimiento de alguien estrechamente relacionado con el paciente.

6. Tan pronto como el paciente esté fuera de las condiciones antes mencionada de tratamiento obligatorio, éste podrá ser suspendido, a menos que él consienta voluntariamente en proseguirlo.

El psiquiatra debe informar al paciente y/o a sus familiares o allegados de la existencia de mecanismos de apelación en los casos de internamiento involuntario y para cualquier otra demanda relacionada con su bienestar.

7. El psiquiatra nunca debe usar las posibilidades que le brinda su profesión para maltratar a una persona o grupo de personas, y deberá asegurarse de que los deseos personales, los sentimientos o prejuicios inapropiados nunca interfieran con el tratamiento.

El psiquiatra no debe participar en el tratamiento psiquiátrico obligatorio en la ausencia de una enfermedad psiquiátrica. Si el paciente o una tercera persona pide acciones contrarias a los principios éticos y científicos, el psiquiatra deberá negar su cooperación. Cuando, por alguna razón, los deseos o intereses del paciente no puedan llevarse a cabo, éste deberá ser convenientemente informado.

8. Lo que el paciente ha comunicado al psiquiatra, o lo que éste ha anotado durante su examen o tratamiento, debe ser guardado confidencialmente, a menos que el paciente dé permiso al psiquiatra de no guardar secreto profesional o en el caso de que valores comunes vitales o el mejor interés del paciente haga que la revelación sea necesaria, aunque en estos casos el paciente deberá ser inmediatamente informado del rompimiento del secreto.

9. Para que el conocimiento y la habilidad del psiquiatra aumenten y se difundan se requiere la participación de los pacientes. Deberá obtenerse el conocimiento oportuno antes de presentar a un paciente en una clase y, si es posible, también cuando se publique la historia de su caso. Deberán tomarse todas las medidas razonables para preservar el anonimato y salvaguardar la reputación personal del individuo.

Tanto en el trabajo de investigación clínica como en la terapia, deberá ofrecerse a todo individuo el mejor tratamiento disponible. La participación del paciente deberá ser voluntaria después de que se le haya dado todo tipo de información sobre los objetivos, procedimientos, riesgos e inconvenientes calculados y sobre el beneficio del estudio.

En el caso de niños y otros pacientes que no puedan dar el consentimiento ellos mismos, éste debe obtenerse de algún familiar o de una persona estrechamente relacionada con el paciente.

10. Todo paciente o individuo objeto de una investigación tendrá la libertad de retirarse, por cualquier razón y en todo momento, de cualquier tratamiento voluntario o de cualquier programa académico de investigación en el que participe. Su retiro del programa o cualquier rechazo de participar en el mismo nunca deberá influir en los esfuerzos del psiquiatra para ayudarlo.

El psiquiatra deberá detener todo programa terapéutico, académico o de investigación que pueda desarrollarse de una forma contraria a los principios de esta declaración.