



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ACATLÁN**

**Sociología y enfermedad mental: reflexiones socioanalíticas de  
un Hospital Psiquiátrico en la Ciudad de México**

**TESIS**

Que para obtener el título de:

Licenciado en Sociología

**PRESENTA**

Alberto Gaona Ayala

Asesor: Víctor Alejandro Payá Porres

Enero 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## AGRADECIMIENTOS

A mi madre, la persona más generosa del mundo, tu amor me trajo hasta aquí...no fue fácil, lo logramos. Por enseñarme a leer...gracias.

A mi padre, 11 años bastaron para constituirme. Cumpliste tu función, gracias...algún día platicaremos de lo mucho que ha pasado desde que te fuiste.

Arturo, mi compañero de vida, por tu nobleza, por siempre estar, gracias.

Georgina, por todo, por estar en los mejores momentos y sobre todo en los peores, te amo hermana.

Antonio, por tu ayuda en todo momento, por tu lealtad, en todo lugar, en todas las circunstancias, gracias.

Jessica, mí ahora prometida, por tanto amor, morigeraste la neurosis, llegaste en el momento justo, atravesamos la meta juntos, te amo, gracias.

Dr. Alejandro Payá, por su grandeza, personal, académica y en muchos sentidos más, por su don de enseñar, de transmitir la pasión por el conocimiento, no tengo más que agradecimientos hacia usted.

Helena Yrizar, mi analista, la que algún día se convertirá en un desecho, por atenuar mi neurosis obsesiva, por escuchar, esto es resultado de su trabajo (sé qué dirá que fue mi trabajo). "El análisis no se paga con dinero, se paga con resultados".

A las tantas y tantas personas, que han tocado mi vida GRACIAS.

## ÍNDICE

1. <i>Introducción</i> .....	4
2. <i>Psiquiatría e interacción: el movimiento antipsiquiátrico</i> .....	12
2.1 Cooper: la institucionalización de la antipsiquiatría.....	12
2.2 Laing, la importancia de la familia frente a la enfermedad mental.....	27
2.2 El método “Basaglia” en Italia.....	41
2.3 Thomas Szasz: el radicalismo sin propuesta.....	55
2.4 Erving Goffman: la enfermedad mental y la institución total.....	72
2.5 Sociología y antipsiquiatría.....	85
3. <i>La crítica y desacreditación del movimiento antipsiquiátrico</i> .....	88
<i>Repunte de la psiquiatría: DSM V y CIE 10. Las clasificaciones absolutas.</i>	
3.1 Origen de los Manuales Psiquiátricos.....	89
3.2 Surgimiento de la de esquizofrenia. ....	95
3.3 Discusión acerca de la definición de Esquizofrenia que ofrece el DSM V. ....	96
4. <i>El transcurrir de una enfermedad, del origen al rótulo</i> .....	105
5. <i>Conclusiones</i> .....	121
6. <i>Bibliografía</i> .....	126

## INTRODUCCIÓN

El proceso de escritura involucra algo del propio autor, es difícil escribir algo sin que de algún modo sea autobiográfico, más aún una tesis de grado, la escritura pone en acto a quien escribe. Tomando en cuenta lo anterior me encuentro aquí, exponiendo ideas de diversos autores, fundidas y significadas de modo personal.

El interés de estudiar la enfermedad mental desde el punto de vista sociológico surge de la necesidad de destacar la importancia que juega el grupo frente a este tipo de enfermedades, más allá de la visión psiquiátrica. La familia y el hospital psiquiátrico son fundamentales en la comprensión de la enfermedad mental, el transcurso del sujeto por estas dos instituciones es soslayada frecuentemente, debido a que la cuestión médica se constriñe al sujeto, en tanto organismo individual que es depositario de la enfermedad mental.

Si bien es cierto que las enfermedades son producto de factores fisiológicos tales como disminución en las defensas, alteraciones bioquímicas del organismo, etc., al hablar de las enfermedades mentales, particularmente de la esquizofrenia, la cual nos ocupa ahora, los agentes biológicos son las disfunciones cerebrales, los trastornos en los neurotransmisores, los factores genéticos y las psicopatologías, por mencionar algunos. Sin embargo, al referirnos a las enfermedades mentales tendríamos que mencionar que son productos de agentes multifactoriales, es decir, más allá de los aspectos físicos, el entorno social es determinante, la situación familiar, laboral, académica, el contexto social en general; a estos agentes, la psiquiatría, usualmente no les ha dado el peso específico que requieren. El diagnóstico psiquiátrico se cimienta en algunos estudios científicos, como son: electroencefalogramas, estudios de sangre, revisiones médicas generales, mapeos cerebrales, con el fin de respaldar el diagnóstico científico del sujeto. Existe también lo que podemos llamar un esbozo de "diagnóstico social", un cuestionario a los familiares acerca de los antecedentes familiares del individuo, preguntas tales como: ¿Cómo nació? ¿Fue parto normal o cesárea?

¿Cuándo empezó a hablar y a caminar? ¿Qué enfermedades padeció de pequeño? ¿Cómo fue su infancia? ¿Cómo fue su desempeño académico? ¿Cómo se desarrolló en lo social? ¿Cuándo empezó a notar usted un cambio de actitud del paciente?, a través de estas preguntas, la psiquiatría, busca conocer el contexto social, sin embargo, una vez obtenida la información, comúnmente no se trabaja con los hallazgos familiares, al menos así lo vimos en el hospital psiquiátrico donde realizamos nuestra investigación.

Partimos de la premisa de que algunas enfermedades mentales, particularmente la esquizofrenia, es una denominación social y no médica que se deposita en un sujeto y se le estigmatiza por ello, al grado de segregarlo, en algunos casos es confiado a un hospital psiquiátrico

Consideramos que la psiquiatría precisa su mirada al sujeto y presta atención únicamente a los "diferentes", a los enfermos, para ser controlados, para librar a la sociedad de la locura, no contempla el "problema" en su conjunto.

Son algunos psiquiatras que muestran su rechazo a las prácticas comunes, los que comenzarán a dar cuenta de la importancia de lo social, de la familia, del contexto en general, a esta corriente se le denomina antipsiquiatría y será la ideología sobre la cual nos apoyaremos a lo largo de nuestro trabajo.

La apuesta de estos autores es observar que la situación familiar se vuelve trascendente en la evolución de la enfermedad, de ahí la importancia de voltear la mirada a la familia en su conjunto y no únicamente al sujeto que padece la enfermedad.

Adentrarnos en esta problemática de la enfermedad mental y los sujetos que la padecen nos llevará a un recorrido teórico a través de un movimiento científico, conocido y divulgado como antipsiquiatría, esta corriente surge en la década de los sesenta, época en la que se desarrolla y alcanza su auge. Este movimiento nace como una alternativa a la psiquiatría convencional, engloba un conjunto de tendencias las cuales se centran en el rechazo a la psiquiatría ortodoxa como sinónimo de represión y control social, con el común denominador de oposición y de crítica. Tal rechazo significó y significa una profunda discusión a las nociones de "salud" y "enfermedad mental", la cual abordaremos en este trabajo.

Vale la pena indicar que a pesar de que la mayor parte de los autores que forman parte de este movimiento son psiquiatras, una fracción significativa de estos trabajos son interdisciplinarios y que en ellos pueden llegar a incidir decisivamente, las teorías de índole sociológicas, la filosofía y el psicoanálisis.

Los dos hechos fundamentales que originaron la aparición de esta corriente son: a) las actitudes conceptuales que plantean dudas sobre la vigencia del modelo médico de la psiquiatría y que conciben la locura como producto sociogenético, y b) las deficiencias asistenciales de las instituciones psiquiátricas, que plantean la urgente necesidad de modificar esta asistencia acabando con el manicomio-asilo, auténtico productor de trastornos irreversibles.

Decidimos emplear esta corriente como base teórica de este trabajo ya que su planteamiento reside en la intervención conjunta, sobre la enfermedad en su carácter etiológico, y sobre todo pone énfasis en reformar el sistema institucional y a la familia, para cambiar la perspectiva de la enfermedad mental. Desde esta óptica su acción se diferencia de otros planteamientos que reducen su acción meramente al contexto relacional como lo hace la escuela de Palo Alto que es sin duda otra de las grandes corrientes opositoras a la psiquiatría convencional.

A continuación desarrollaré de forma esquemática las ideas de los autores que expondré a lo largo del segundo capítulo *Psiquiatría e interacción: el movimiento antipsiquiátrico*. Esto con la finalidad de que el lector se aproxime a la teoría antipsiquiátrica.

La antipsiquiatría tiene su origen en Inglaterra, con autores como Roland D. Laing, David Cooper y Aaron Esterson, siendo Cooper el que empleó el término por primera vez.

Uno de los momentos más importantes del movimiento antipsiquiátrico es la aparición de *Psiquiatría y Antipsiquiatría* título del libro que publicó David Cooper en 1967, con él se institucionaliza este movimiento, cuya característica principal es poner en cuestión la concepción imperante sobre la esquizofrenia y sobre el enfermo psiquiátrico en general.

En *La muerte de la familia*, escrita en 1971, Cooper va más allá en su propuesta observa a la familia como la principal productora de los estados esquizofrénicos y realiza una crítica a fondo de esta institución, a la que

considera fracasada por completo, a lo largo del trabajo desarrollaremos esta idea. A partir del estudio de la locura, la antipsiquiatría, en su postura revolucionaria, señala los fallos y los graves defectos de los llamados “individuos normales” para llegar a una postura de total rechazo de la vida de nuestra sociedad.

Otro de los iconos del movimiento antipsiquiátrico es Ronald D. Laing el cual cobra importancia a partir de su obra *El Yo dividido*, aparecida en 1960, ésta es una recopilación de casos diagnosticados de esquizofrenia, descritos y analizados de una forma minuciosa. Sus descripciones tienen frecuentemente un aspecto literario con abundantes digresiones filosóficas e incluso poéticas. Laing resalta especialmente la importancia de las relaciones familiares en la aparición y evolución de los síntomas esquizofrénicos.

En Italia, la antipsiquiatría estuvo representada principalmente por Franco Basaglia, quien dirigió el hospital psiquiátrico de Gorizia e implantó ideas que fueron revolucionarias, cambiando por completo el tipo de asistencia y de trato de los internados. En su opinión, la misión del psiquiatra debe ser luchar contra el sistema opresor que permite las terribles condiciones de la asistencia actual, o se es cómplice o se actúa y se destruye el viejo sistema, esta radicalización se ve enmarcada por un tinte político que caracterizará su obra.

La obra *La Institución negada*, producción colectiva del equipo del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, acumula la historia de la experiencia antipsiquiátrica a cargo de dicho hospital. Basaglia resalta la relación de la práctica psiquiátrica con el poder.

Thomas Szasz, es uno de los autores que realiza una de las críticas más severas a la psiquiatría tradicional, expone sus ideas en *El mito de la enfermedad mental* donde pone en cuestión los esfuerzos que ha hecho la psiquiatría durante dos siglos para construir su andamiaje conceptual. Para él, las enfermedades mentales y particularmente la esquizofrenia son un conjunto de conductas humanas ante determinadas situaciones y la psiquiatría se basa en meras apariencias, en relaciones circunstanciales, el radicalismo del autor se puede observar al asegurar que la enfermedad mental es un mito.

Finalmente, con un enfoque sociológico, Erving Goffman, el cual nos muestra un exhaustivo estudio acerca de las instituciones, ya que durante

varios años trabajó en el hospital psiquiátrico de Santa Isabel, en Washington, estudiando la vida de los enfermos allí recluidos. Esta experiencia se ve reflejada en su obra *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, en el que describe el manicomio como una institución totalitaria, es decir, un lugar de residencia donde un gran número de individuos en la misma situación permanecen aislados del mundo externo por un período relativamente largo, llevando conjuntamente una vida recluida, cuyas modalidades son reglamentadas a detalle.

La importancia de estos autores y de la antipsiquiatría estriba en su perspectiva filosófica y social sobre el grupo familiar; sus cuestionamientos en torno a la etiología de la enfermedad mental siguen vigentes.

La hipótesis que sostendré a lo largo de este trabajo es que la enfermedad mental no es únicamente un desequilibrio orgánico manifestado en un integrante de la familia, antes bien, es fruto de un proceso grupal, de una determinada situación, la cual puede ser agravada por el hospital y el saber médico que funciona como poder.

En el tercer capítulo, *La crítica y desacreditación del movimiento antipsiquiátrico. Repunte de la psiquiatría: DSM V y CIE 10. Las clasificaciones absolutas*, me daré a la tarea de esbozar los antecedentes históricos de los dos fundamentos teóricos importantes para la psiquiatra: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) el cual en este momento se encuentra en su quinta versión, éste está elaborado por la American Psychiatric Association y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), es a través de estas dos clasificaciones que se fundamenta el diagnóstico de los pacientes mentales.

A lo largo de este apartado se comentarán algunas de estas clasificaciones de manera puntal, particularmente la esquizofrenia, es importante destacar que no son asunto de nuestra ciencia las clasificaciones médicas, sin embargo, se destacan algunas cuestiones sociales que son de las que nos ocuparemos. Podremos adelantar al lector que la psiquiatría determina un diagnóstico basándose mayormente en los síntomas y no en los signos, así mismo, pretende hacer notar la gran cantidad de factores sociales que actualmente pueden determinar un diagnóstico psiquiátrico y que un padecimiento de esta índole se encuentra determinado por el contexto social.

Una vez diagnosticado el paciente, si así lo requiere, tendrá que ser internado en un hospital psiquiátrico, de esta manera inicia su carrera en esta institución y su proceso de rehabilitación, es en esta etapa donde nos detenemos para hacer un análisis sobre este tipo de instituciones.

Realizaremos algunas reflexiones del trabajo de campo que llevamos a cabo durante un año encabezado por el doctor Alejandro Paya Porres, y un grupo de cinco compañeros<sup>1</sup> el cual fue realizado en el Sanatorio Psiquiátrico Del Carmen<sup>2</sup>, en el cual efectuamos entrevistas a los internos, familiares, el personal del sanatorio, custodia, enfermeras y médicos psiquiatras.

En el apartado que incumbe al rótulo de la enfermedad mental pretendemos mostrar como las condiciones familiares de los ahora internos contribuyeron al brote de la enfermedad y como desde el inicio de la enfermedad y a lo largo de su evolución han sido pasados por alto los aspectos sociales por la psiquiatría. Consideramos que diversos factores, los cuales desarrollaremos a lo largo del cuarto capítulo, tales como la ignorancia sobre la enfermedad mental, etiología, factores desencadenantes, posibles tratamientos, la condición económica, la dinámica familiar y en ocasiones la falta de interés, permiten la evolución de la enfermedad.

Sabemos que la enfermedad mental es desestructurante, caótica, desesperante, el enfermo rompe con los rituales de sociabilidad, como lo indica Goffman, se irrita, se angustia, grita, llora, avienta, sale de casa, se escapa, no pide, arrebatata, todo sin aparente razón, la familia no tiene el tiempo para estar al tanto de él, un enfermo, de cualquier tipo conlleva responsabilidad para la familia, sin embargo, actualmente en la mayoría de las familias los integrantes en edad de laborar lo hacen, es difícil pensar que alguno dejara de trabajar o atender sus labores para cuidar a un enfermo, es esta imposibilidad de cuidado la que explota la institución psiquiátrica.

En este trabajo expondremos las condiciones en las que se encuentra el interno dentro del hospital psiquiátrico y sobre todo evidenciar que no son las óptimas para su recuperación de un enfermo mental, partiendo de la hipótesis que el encierro no tiene fines curativos sino funcionales, la familia segrega por

---

<sup>1</sup> Claudia Medleg Martínez, José Ramón Solorio García, Cecilia Silva Álvarez, Alberto Quiroz Martínez, Isabel Torres Coronel

<sup>2</sup> Avenida Tlahuac, número 6148, Colonia Zapotitlan, Delegación Tlahuac México D.F., C.P 13300.  
Tel: (55)58450037

la incapacidad de entender y atender al "enfermo". La enfermedad mental, la más humana de las enfermedades dirá Szasz, en la mayoría de los casos no requiere atención médica continua, es decir, no como la diabetes y la diálisis, como el cáncer y la quimioterapia, la atención de un paciente dentro del hospital psiquiátrico usualmente se basa en encierro, medicamento, que usualmente no es más que tomar una pastilla y seguir instrucciones. La institución psiquiátrica es versátil, es un hospital, un asilo, una cárcel, se encarga de verificar que coman lo establecido, a su debida hora, todo previamente establecido, que duerman lo justo, les suministran el medicamento, verifican que sea tomado, visitas únicamente en los tiempos indicados con las personas aprobadas, estar con personas extrañas que tendrá que conocer, agradables y poco agradables, convivir con ellos día y noche, dormir y comer con ellos, así durante años ¿Dónde está la comodidad, la tranquilidad que deben tener los "enfermos", la que promete el hospital psiquiátrico?, nosotros, los "sanos" mentalmente, los libres, los que no nos encontramos en un hospital internados, hacemos lo que nos place en la medida de lo posible, comemos lo que queremos, en el momento que lo deseamos, dormimos cuando así lo queremos, visitamos a la gente que nos agrada cuando lo deseamos, sí algo nos molesta o nos incomoda lo evitamos, nuestra palabra es escuchada, existe una sustantiva diferencia entre el afuera y el adentro, entre el sano y el enfermo.

Uno de los argumentos más socorridos por los médicos psiquiatras para justificar el encierro es: que el paciente es incapaz de cuidarse a sí mismo; empleando este argumento podemos establecer que esta incapacidad lo lleva a una imposibilidad personal de cuidarse, esto es, la salud del sujeto depende ya no de él, sino de un tercero, en este caso la familia, de tal manera, podemos establecer que el deterioro es causado por el descuido familiar o bien por la imposibilidad médica, no por una situación orgánica.

A través del recorrido de este trabajo pretendemos mostrar la vigencia de algunos cuestionamientos que se plantea la antipsiquiatría sobre los aspectos sociales que se encuentran inmersos en la enfermedad mental los cuales aún no son resueltos por la psiquiatría, particularmente al hablar de la familia y la institución psiquiátrica y cómo ciencias como la nuestra, la sociología, podrían ayudar en mucho.

A lo largo del trabajo conjugaremos algunas observaciones de nuestro trabajo de campo con el material de los autores de los cuales desarrollaremos sus teorías.

## **PSIQUIATRÍA E INTERACCIÓN: EL MOVIMIENTO ANTIPSIQUIÁTRICO.**

### **COOPER: LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ANTIPSIQUIATRÍA.**

*Al hablar de la violencia en psiquiatría, la violencia que nos enfrenta descaradamente dando gritos, proclamándose violencia en alta voz (como lo hace muy pocas veces) es la violencia sutil y sinuosa de las personas "sanas" perpetradas contra los rotulados "locos". En cuanto la psiquiatría representa los intereses o pretendidos intereses de los sanos, descubrimos que en realidad la violencia en la psiquiatría es en realidad la violencia "de" la psiquiatría.*

*D. Cooper*

*A mí me gusta el rock and roll,  
los Rolling Stones, los Doors, Jimmy Hendricks,  
me gusta cotorrear, me gustan las chicas,  
me gusta el sexo, coger,  
me gusta el alcohol,  
no me importa estar encerrado,  
lo malo es que no puedo hacer nada de lo que me gusta.*

*Interno del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen*

Fue en la década de los 60, cuando surge en Inglaterra la llamada antipsiquiatría como un movimiento social contracultural, teniendo como precursor a David Cooper y Ronald D. Laing. Este movimiento cuestionó a la familia y a la sociedad como factores determinantes en la génesis de la enfermedad mental, así mismo puso en duda la objetividad del diagnóstico psiquiátrico, considerándolo un rótulo arbitrario, empleado para descalificar a ciertos sujetos, siendo los psiquiatras instrumentos del poder opresivo y la psiquiatría un invento de la sociedad para reprimir al individuo diferente.

En este apartado desarrollaremos las ideas de David Cooper, este autor mantuvo una estrecha relación con Ronald D. Laing, esto se observa en la colaboración en sus trabajos, la similitud y coparticipación en algunos proyectos

David Cooper, es el autor que acuña el término antipsiquiatría, con lo cual se institucionaliza el movimiento que será bautizado con este nombre. Es importante destacar que esta corriente hace énfasis en un padecimiento en particular, la esquizofrenia, ya que considera que es el rótulo que tiene menor objetividad científica y el cual muestra un mayor incremento de rotulados.

David Cooper fue psiquiatra de profesión, su teoría está basada en la ideología marxista y existencialista, particularmente la filosofía Sartreana, se sitúa en contra de los métodos ortodoxos de la psiquiatría convencional, es a través de la dialéctica, que se encargará de estudiar la realidad de la enfermedad mental ya que considera que no es el proceso inerte como el empleado por las ciencias de la naturaleza, sino la praxis, es decir, la realidad humana que se constituye a sí misma como una modalidad del ser la que permite el estudio correcto del individuo y la sociedad.

Los cuestionamientos que plantea Cooper lo llevan a proponer concepciones y procedimientos que son la antítesis total de las convencionales. La posibilidad de sustentar una disciplina antitética consiste en investigar el principal problema de la disciplina cuestionada, en el caso de la psiquiatría, esta área se define como esquizofrenia, enfermedad que será la más cuestionada por la antipsiquiatría.

Entre las obras más importantes de este autor destacan: *Psiquiatría y antipsiquiatría* publicada en 1967 y *La muerte de la familia* obra que vio la luz en 1971.

Cooper volcó sus experiencias de la “Villa 21” en su libro *Psiquiatría y antipsiquiatría*, en esta obra el autor denuncia el proceso de “invalidación” que la sociedad impone a algunos de sus miembros mediante el rótulo de “esquizofrénicos”, de esta manera se convierten en víctimas de la violencia (entendida en su sentido más amplio y no únicamente como violencia física) que sobre ellos ejercen los “sanos” con la “complicidad” de los psiquiatras, violencia que alcanza su máxima expresión en el internamiento psiquiátrico. Cooper, al igual que Laing, responsabiliza en primer lugar a la familia, sin embargo, el primero hace énfasis en el “doble vínculo”, considerando que esto será lo que lleva al futuro esquizofrénico a sumirse en una situación insostenible.

En 1971, Cooper publicó *La muerte de la familia*, en la cual critica duramente a la institución familiar, considerándola fracasada y heredera de la sociedad esclavista y de la sociedad feudal, proponiendo su completa desaparición, este texto cuenta con un enfoque histórico, en el cual describe la función de la familia, como la matriz de sujetos que posteriormente serán insertados en la sociedad. Cooper además preconiza la superación de todos

los prejuicios que impone la sociedad actual, defiende la libertad absoluta. Muestra del carácter radical que contiene esta obra, se observa en el siguiente ejemplo:

Las personas, desde luego, son cerdos. Desde luego también, las instituciones humanas son chiquerías, o factorías, o mataderos de cerdos. (...) Los cerdos a menudo destruyen su prole, pero también nosotros lo hacemos con nuestros métodos humanoides más tortuosos. (...) La pareja parental convencional de la burguesía es a la vez el supercerdo ambisexual y una masiva factoría de tocino. (...) Podemos estar seguros de que no es casual el apelativo de “cerdos” que los jóvenes revolucionarios estadounidenses dedican a la policía y sus colaboradores, psiquiatras, y falsas autoridades en general.<sup>3</sup>

Posteriormente, en *La gramática de la vida* 1974 postula la aceptación del riesgo que representa la desobediencia a los imperativos ajenos, considerando la vida “normal” de nuestra sociedad como “una aburrida distracción hacia la muerte”. Cooper considera que la enfermedad mental es un producto de la sociedad y que su verdadera solución consiste en una revolución personal y familiar.

Es así como Cooper nos muestra que en nuestra sociedad hay muchas técnicas que permiten señalar a ciertas minorías y luego pretender tratarlas mediante un conjunto de procedimientos, que van desde la insinuación de menosprecio, la cual es la más usual, hasta la exclusión de escuelas, empresas y otras medidas similares hasta la invalidación total como personas, el criminal y el enfermo mental, el primero es recluido en la prisión por haber violado la leyes, el segundo es internado en el hospital psiquiátrico por haber violado recurrentemente las reglas de convivencia.

Al analizar cuidadosamente a las personas que han sido rotuladas como enfermas mentales, debemos considerarlas en su contexto social y no únicamente individual, como en algunas ocasiones lo hace la psiquiatría, de esta manera Cooper elabora la siguiente definición de esquizofrenia:

*La esquizofrenia es una situación de crisis microsociales en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares)*

---

<sup>3</sup> D. Cooper *La muerte de la familia*, México, Planeta, 1986. Pág. 98

*inteligibles, hasta el punto de que aquélla es elegida e identificada de algún modo como “enfermo mental”, y su identidad de “paciente esquizofrénico” es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasimédicos.*<sup>4</sup>

Y continúa diciendo:

Con esta definición como punto de partida, el problema principal, según yo lo veo reside en considerar el cuadro conductual, la totalidad de la conducta comunicativa verbal y no verbal del sujeto cuyo diagnóstico es “esquizofrenia aguda” hacia la época de su internación y luego en descubrir en qué medida esta conducta es inteligible en términos de lo que ha ocurrido y está en relación al perseguir esta inteligibilidad, enfocara particularmente a la familia del paciente puesto que en el caso del paciente, puesto que en el caso de los jóvenes internados por primera vez; la familia constituye por lo general el conjunto más activamente significativo de personas con el paciente está implicado.<sup>5</sup>

De tal manera podemos observar que el problema no radica en la llamada “persona enferma” si no en una red interactuante de personas, particularmente la familia, es decir, la locura no está en una persona, sino en un sistema de relaciones del cual forma parte el “paciente”, por lo tanto la esquizofrenia, se deriva de una conducta grupal perturbada, lo cual llevará a Cooper a indicar que “no hay esquizofrénicos individuales”.

Al respecto podemos indicar que la mayor parte de las atribuciones que realiza la familia al sujeto portador de la enfermedad, como son la excentricidad, rareza, extravagancia, incongruencia o ausencia de sentimientos, actos sin propósito, impulsibilidad o agresión injustificada, no constituyen juicios incuestionables absolutos, por ello no debiera considerar la ciencia médica como síntoma. Por el contrario es fácil observar como estas atribuciones son de carácter funcional y actúan en relación con un sistema de necesidades de la familia, podemos comentar el siguiente ejemplo:

---

<sup>4</sup> D. Cooper, *Psiquiatría y Antipsiquiatría*, Paidós España 1985 Pág 14

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 15.

*La hermana de Jesús, paciente diagnosticado con esquizofrenia nos decía...la verdad doctor (se referían a nosotros como doctores ya que portábamos bata), a quien le gusta tener uno de estos enfermos en su casa, ¿sabe de los cuidados que requiere?, uno debe de estar todo el día con ellos, hacen lo que quieren, uno debe de estar, no hagas esto, no hagas el otro, la última vez que lo sacamos estábamos todos comiendo, fueron todos mis hermanos a verlo, de repente que se para con el guisado y empieza a aventarlo, diciendo que era una mierda, toda la casa se llenó de comida. Yo pregunté, ¿qué guisado era, no le gustaba?, ella respondió, no me acuerdo, pero esa vez mi cuñada llevó de comer, la verdad estaba un poco feo. Pero eso no se hace. Desde esa vez no lo hemos vuelto a sacar.*

Esto lleva a Cooper a indicar: “La violencia en el campo psiquiátrico, comienza en la familia del paciente”<sup>6</sup> su vez, esta violencia puede ser devuelta a la familia.

Podemos observar como la familia, es aquella matriz por la que inevitablemente todos pasamos al nacer, es la primera institución en la cual recibimos el adiestramiento que nos permitirá la estabilización de la personalidad, el niño debe aprender el modo de relacionarse, se le inculca que de no seguir las reglas, merecerá un castigo. Posteriormente en la escuela nos enseñan cómo dirigirnos de forma adecuada para insertarnos y desarrollarnos en la sociedad, al terminar la formación académica la expectativa es que formemos parte activa de la producción, lo cual permia a la sociedad continuar su camino, estos nos lleva a la casi inevitable instancia última en la cual decidimos formar una familia y seremos nosotros quienes nos encargaremos de domesticar a otro sujeto para que sea aceptado en la sociedad y continuar con la creación de sujetos homologados en comportamiento e ideales.

La familia se especializa en la formación de papeles para sus miembros más que en preparar las condiciones para la libre asunción de su identidad (...) Característicamente la familia adroctrina a los hijos en el deseado deseo de convertirse en determinado tipo de hija o hijo (luego marido, esposa, madre, padre) donándoles una “libertad” minuciosamente establecida, para desplazarse por lo estrechos intersticios de una rígida trama de relaciones.<sup>7</sup>

De esta manera podemos señalar que existe una estrecha relación entre la salud y la sociedad, la familia, la sociedad y la autoridad.

---

<sup>6</sup> Ibidem, p. 30.

<sup>7</sup> D. Cooper, *La muerte de la familia*, México, Planeta, 1986. Pág. 29.

Cooper indica:

Para que la familia y sus niños no sean considerados “desviados”, este adoctrinamiento bifásico en la microcultura familiar debe lograr inculcar los valores y las normas de conducta de la macrocultura (el mundo extrafamiliar).<sup>8</sup>

Las normas del grupo surgen a través de la interacción de todos los miembros. De modo que la familia, para preservar su modo de vida inauténtico, inventa una enfermedad. La ciencia médica, obedeciendo a las necesidades sociales de control y “normalidad”, crea una disciplina especial, la psiquiatría, para conceptualizar, formalizar, clasificar y proporcionar tratamiento a esa enfermedad. La noción de entidad nosológica implica síntomas, la familia cuando observa que uno de sus miembros es deficiente para interactuar y que carece de recursos que le permitan socializar, otorga una lista interminable de ellos, los síntomas esquizofrénicos son prácticamente todo lo que provoca en la familia al interactuar con el sujeto, molestia, enojo desmesurado, desestructura en el pensamiento, lenguaje poco articulado, entre los más importantes y que incumben a la funcionalidad del sujeto esta la capacidad para conservar un empleo, sin duda los llamados síntomas son por lo general formas evidentes de conducta.

Cuando un sujeto es acusado por sus padres, hermanos debido a que se desempeña de forma deficiente frecuentemente significa que esa persona ha fracasado en la institución primaria, en la familia, en su hogar. De tal manera la familia opta por solicitar la intervención de un tercero para reestructurar el cuadro disfuncional, de esta manera se integra el psiquiatra quien se verá en la tarea de sacar del juego al deficiente para que la familia vuelva a la normalidad. El sujeto no tendrá más alternativa que oscilar entre el infierno de su familia y el infierno análogo de la internación psiquiátrica. Posteriormente vendrá el eterno juego de péndulo para el enfermo, que va de la familia a la institución.

Cooper comenta que el paciente rotulado “esquizofrénico” afronta repetidamente exigencias contradictorias en su familia, para poder dar sentido a estas demandas contradictorias se vale de lo que algunos investigadores norteamericanos de la Escuela de Palo Alto han llamado “doble vínculo”. A

---

<sup>8</sup> D. Cooper, *Psiquiatría y Antipsiquiatría...*, op. cit, p. 49.

propósito de esta teoría es Gregory Bateson quien desarrolló un cuidadoso análisis de la interacción familiar ambivalente. Si bien es cierto que la idea del “doble vínculo” se encuentra en múltiples situaciones paradójicas de la vida cotidiana revelándose en chistes, en creaciones literarias, en enredos trágico-cómicos, etc. Resulta imperativo señalar la importancia que puede jugar en la conformación simbólica de un niño, esto es, un estímulo seguido de su propio antiestímulo bien puede devastar el mundo interno de cualquiera que se encuentre cotidianamente en tales dilemas irremediables. Es así que Bateson destaca lo difícil que puede resultar acceder al mundo y a la realidad, la manera en que lo va a hacer es de la única como le fue enseñado, es decir, con caos y con desorden. En las familias en donde algún miembro ha sido rotulado como esquizofrénico tal manera de establecer relaciones su convierte en una característica.<sup>9</sup>

Volvamos con Cooper en su obra *Psiquiatría y antipsiquiatría* detalla las características de esta teoría, consideramos importante referir de forma amplia esta concepción, ya que será uno de los fundamentos por los cuales el autor decide intervenir en el aspecto familiar:

Las características generales de la situación de doble vínculo son las siguientes:

1.- El individuo es envuelto en un relación intensa, es decir en un relación en la cual siente que es vitalmente importante que discrimine con precisión qué tipo de mensaje se le está comunicando, con el fin de poder responder apropiadamente.

2. El individuo es aferrado en una situación en la cual la otra persona de la relación expresa mensajes de dos órdenes distintos y uno de tales mensajes niega al otro.

3. El individuo no puede comentar los mensajes expresados para corregir su discriminación cerca de cuál es el orden al que debe responder; es decir, no puede formular un enunciado metacomunicativo.

Tan irresoluble es la disyuntiva para el esquizofrénico o futuro esquizofrénico cuando uno o ambos progenitores lo enfrentan con esta maniobra, que la única respuesta que puede dar es convencionalmente considerada psicótica.<sup>10</sup>

Por lo tanto cuando el sujeto interioriza el caos de las órdenes contradictorias, experimenta confusión interna, posteriormente al exteriorizar

---

<sup>9</sup> Cabe señalar que el doble vínculo no representa un vínculo trágico o tóxico en sí mismo, adquiere un poder devastador en la medida en que se vive como una situación inescapable. Así pues, el propio Bateson al final de su vida utiliza la paradoja para estimular conductas improvisadas sobre delfines de un laboratorio de Miami. (Lipset, David. *Gregory Bateson. El legado de un hombre de ciencia*. México, F.C.E. 1991. Pp. 264-281).

<sup>10</sup> D. Cooper, *Psiquiatría y Antipsiquiatría...*, op. cit, p. 56

una conducta en el grupo familiar se presenta como una persona desestructurada, como un “esquizofrénico”, así pues, Clifford Geertz a este respecto señala: “El pensar no consiste en sucesos que ocurren en la cabeza... sino en un tráfico de lo que G. H. Mead y otros llamaron símbolos significativos –en su mayor parte palabras, pero también gestos, ademanes, dibujos, sonidos musicales, artificios mecánicos... En el caso de cualquier individuo particular esos símbolos ya le están dados en gran medida”<sup>11</sup>. Podemos mostrar lo anterior con el siguiente ejemplo:

La madre que contradice algo que afirma con sus gestos. Le dice a su hijo. “Vete, busca tus propios amigos y no seas tan dependiente de mí”. Pero al mismo tiempo, indica de modo no verbal que ella quedará sumamente trastornada si él la abandona. Incluso en la medida limitada. O, mientras da señales de experimentar angustia ante cualquier intimidad física dice: “ven y besa a tu madre querido” a menos que el niño pueda encontrar una crueldad, una contra violencia en el mismo que le permita demoler todo el intercambio absurdo, su respuesta solo puede ser la perplejidad. El atontamiento y en última instancia lo que se llama confusión psicótica desorden de pensamiento, etc.<sup>12</sup>

Podemos observar que la irracionalidad del esquizofrénico tiene su origen, en la “lógica” de otras personas. La mayor parte de los enfermos mentales, diagnosticados con esquizofrenia, fueron precipitados a la situación psiquiátrica por terceros, regularmente por su familia y con frecuencia debido a la situación antes expuesta.

El paciente mental una vez rotulado, es obligado a asumir un rol de enfermo, más adelante desarrollaremos esta idea con Erving Goffman, este rol debe ser asumido con cierta pasividad, de lo contrario cada negativa será considerada como propia de la enfermedad. Así la enfermedad es algo que ocurre a la persona, el sujeto como portador de los síntomas que destaca la familia, una vez rotulado con la enfermedad es prescindible como persona, y por lo tanto se prescinde de él en la familia. El enfermo se convierte en algo relativamente inescencial.

El proceso que iniciará como enfermo será padecido y sufrido por él. Se encuentra claramente definido si el sujeto que se muestra diferente es rotulado

---

<sup>11</sup> Geertz, Clifford. *La interrelación de las culturas*. Barcelona, Gedisa. 2005. P. 52.

<sup>12</sup> D. Cooper, *Psiquiatría y Antipsiquiatría...*, p.37.

como enfermo, los integrantes de la familia por implicación serán considerados como los “sanos”.

Como lo mencionamos con anterioridad, Cooper está enfocado en la esquizofrenia y el proceso por el cual algunas personas son calificadas con este padecimiento, ya que más allá de que exista o no esta enfermedad, considera que este padecimiento envuelve una violencia sutil la cual recae en el sujeto portador de la enfermedad, es así como definirá la violencia:

Empleamos el término violencia en el sentido de acción corrosiva de la libertad de una persona sobre la libertad de otra. No se trata de agresividad física directa, aunque ese pudiera ser el resultado. La acción libre o la praxis de una persona pueden destruir la libertad de otra o por lo menos paralizarla mediante la mistificación. Los grupos humanos se constituyen en relación con una amenaza real o ilusoria proveniente de fuera del grupo, pero a medida que esta amenaza externa se hace más remota, el grupo que, literal o metafóricamente se ha convertido en un grupo juramentado, enfrenta le necesidad de inventar el miedo para asegurar su propia permanencia.<sup>13</sup>

Cooper se mostrará preocupado por el problema de la violencia en psiquiatría, y considera que ésta es el principal problema ya que esta disciplina opta por refractar, condensar y dirigir a los sujetos identificados como enfermos mentales y verter la violencia de la sociedad, ya que la psiquiatría no hace más que representar a la sociedad contra los pacientes.

La enfermedad mental está conformada por aspectos naturales e ideales, son aspectos naturales porque los síntomas se revelan en el cuerpo, ese espacio físico dado por la naturaleza, e ideales porque aceptan una lectura cultural armada de ideologías, creencias, etc. Contrario a lo que pudiera pensarse, no es la medicina quién determinó el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad mental, sino que fue la enfermedad mental quien condicionó la existencia de la ciencia médica psiquiatría. En un principio, comenta Foucault, los “locos” (considerados así ya que no habían alcanzado el estatuto de enfermos), eran seres errabundos que rondaban por las ciudades. Son varios los factores históricos que influyen en su encierro, pero sin duda que ninguno de estos factores está dado por el afán de darles tratamiento o de curarles, antes bien se les considera seres impuros o pecadores que han redimido su

---

<sup>13</sup> Ibidem, p. 31.

aspecto humano y se han entregado a la facilidad y lo placentero que puede evocar la maldad, sus acompañantes en el encierro son prostitutas, vagos, libertinos, homosexuales, suicidas, magos, etc. Es en este encierro en donde personajes como Philippe Pinel y William Tuke destacan que el enfermo mental no lo es por voluntad como lo pueden ser sus acompañantes del exilio social y es así como surge una nueva concepción para mirar a los locos, surge una manera de tratarlos y de nombrar ese estado humano, tan enigmático como indomesticable, se convierten así en enfermos mentales y nace la moderna ciencia psiquiátrica.<sup>14</sup> De tal manera se creó el hospital psiquiátrico, un lugar en el cual se aísla a los sujetos portadores de alguna enfermedad mental, en este sitio han de ser tratados con el objetivo de ser reingresados a la sociedad en un futuro. En dicho lugar se encuentran los psiquiatras, enfermeros, que son los que se encargan de vigilar de cerca los actos de los internos y los obligan a seguir las reglas. En un hospital psiquiátrico convencional se difunde la alineación, el trato impersonal, la coerción, en palabras de Cooper “la violencia sutil”, comentara lo siguiente:

En el hospital psiquiátrico se cuidan asiduamente los cuerpos, pero se consume el asesinato de las personalidades individuales. El sistema modelo del enfermo especializado y de los psiquiatras convencionales es la huerta de los repollos minuciosamente alienados.<sup>15</sup>

Una de las características del movimiento antipsiquiátrico a diferencia de algunos otros movimientos que realizan una crítica a la psiquiatría, es el empeño por transformar la institución psiquiátrica. Es así como D. Cooper entre 1962 y 1966, estableció una unidad autónoma –llamado “Villa 21”- dentro de un gran hospital psiquiátrico londinense. En esta unidad, que se inspiró inicialmente en las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones, se buscó cambiar el rol tradicional de médicos y pacientes, e investigar la interacción familiar y grupal en la esquizofrenia.

El trabajo que realiza Cooper en la “Villa 21” a parte del enfoque de la esquizofrenia, no como entidad nosológica, sino como cierto conjunto

---

<sup>14</sup> Sobre la historia de la locura puede consultarse las obras de Foucault *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI Editores, 2003; *El poder psiquiátrico. Curso en el collège de France (1973-1974)*, Argentina, Fondo de Cultura económica, 2005; *Historia de la locura en la época clásica*, Vol. I y Vol. II México, Fondo de Cultura Económica, 2002 así como Roy Porter *Breve historia de la locura*, España, Fondo de Cultura Económica, 2003.

<sup>15</sup> D. Cooper, *Psiquiatría y Antipsiquiatría...*, p.37., p.109.

especificable de pautas de interacción personal, es decir, debía tomar la esquizofrenia no como algo que ocurre en una persona, sino entre las personas.

La idea esencial de una forma de organización social que se proclama “comunidad terapéutica” define una cierta relación entre uno mismo y los otros.

En primer lugar no hay diagnóstico, en términos socialmente efectivos, es atravesar con una espada el corazón de la gnosis. Es el asesinato de la posibilidad de conocer al otro, realizado mediante el desplazamiento de la realidad de la persona al limbo de la pseudoobjetividad social.

Tachar a alguien de “esquizofrénico”, “paranoico”, “psicópata”, “perverso sexual”, “drogadicto” o “alcohólico” es como dirigir los cohetes portadores de misiles contra determinada ciudad. Pasado un tiempo, y después de olvidarse un poco de ello, el acto de apretar el botón se convierte en algo indiferente.

La bomba es acción que actúa sobre sí misma para negarse.

Luego, aunque su origen ha quedado activamente perdido, sus resultados son una devastación real de mentes y cuerpos.<sup>16</sup>

El hecho de que no exista una falsa categorización, o como dijera la psiquiatría un diagnóstico de esquizofrenia, permite la desjerarquización de la institución, lo cual conlleva a la ruptura de la relación binaria médico, paciente, lo cual no es más que una relación de poder.

El programa inicial que desarrolla Cooper presentó una estructuración, semejante a la de la comunidad terapéutica “clásica”. Esto se basa en el programa inicial, los grupos se clasificaron en “programados” y “espontáneos”. Los grupos programados eran los siguientes, considero que la cita puede ser extensa pero ésta permite al lector conocer de forma detallada la forma de operar de esta comunidad:

a) El encuentro diario de la comunidad desde las 9 y 45 hasta las 10 y 15 o 10 y 30 (antes de las 9:45 los médicos y la trabajadora social concurrían a la reunión divisional de médicos en el sector masculino del hospital). Este encuentro, que incluía a la totalidad de pacientes y personal del pabellón, estaba destinado a la comunicación sobre problemas que afectaban al conjunto: por lo general el actign-out de un individuo o subgrupo, quejas de los pacientes o del personal, o disposiciones prácticas para las actividades ocupacionales o recreativas.

b) Los dos grupos terapéuticos más formales, en los cuales la mitad de los pacientes se reunían desde las 10:30 a las 11:30 de la mañana con alguno de los médicos y el enfermero a cabo que atendía constantemente el grupo

---

<sup>16</sup> D. Cooper La muerte de la familia..., op. cit, p. 69.

del que se trataba. Más adelante describimos acabadamente la naturaleza de estos grupos.

c) Los grupos de trabajo. Dos grupos que se reunían desde las 14 hasta las 16:30, todas las tardes, uno de ellos con la terapia ocupacional. El otro con el enfermero, cada grupo tenía su propio proyecto; los dos proyectos más prolongados durante el primer año fueron un trabajo de decoración de interiores y otro de fabricación de juguetes.

d) Encuentros grupales del personal. El personal se reunía diariamente, de modo breve e informal, antes y después del encuentro de la comunidad y con frecuencia también hacia el atardecer ; había asimismo un encuentro “irregular” una vez por semana en el cual los enfermeros y cabos de ambos turnos se reunían con los médicos y la terapeuta ocupacional para examinar en particular cuestiones de funcionamiento de la unidad para las cuales resultaba esencial la continuidad entre los turnos; una vez por semana se reunía todo el personal durante una hora; a esta reunión concurría el personal del pabellón, la trabajadora social psiquiátrica y con frecuencia un representante de la oficina administrativa de enfermería y el jefe del departamento de terapia ocupacional.

Los grupos espontáneos se constituían en cualquier momento del día o la noche en torno de algún problema en particular. Desde la consideración crítica de un programa de televisión hasta el intento de tratar el acting-out perturbador de algún paciente. Un miembro del personal debía estar en “conocimiento” de la mayoría de tales reuniones, pero en la estructuración de la unidad se esperaba que alguien comunicara los acontecimientos significativos de los grupos espontáneos en los encuentros de la comunidad.<sup>17</sup>

Una de las tareas principales de Cooper al desarrollar la comunidad terapéutica, es comprender lo que ocurre con los pacientes, empezando por tener la conciencia elemental de lo que ocurría con el personal. Lo cual lo lleva a explorar el trabajo cotidiano, es decir la gama de preconceptos, prejuicios y fantasías que cada miembro del personal tenían acerca de otros miembros y de los pacientes, esto es lo que denominara “irracionalidad institucional” que no es más que la defensa del personal que participa de alguna forma en la institución, al respecto menciona que la mayor parte de estas concepciones son más ilusorias que reales.

Podemos observar que gran parte de la “conducta violenta” de los pacientes mentales es directamente reactiva a la restricción física. Si cualquier persona sana, es encerrada en un lugar en el cual no decidió ingresar, por razones que no le parecen válidas y tiene que realizar actividades, en horarios estrictos es completamente natural que oponga resistencia, más aún si cada uno de los intentos de obtener alguna explicación resultan inútiles, su reacción

---

<sup>17</sup> D. Cooper, *Psiquiatría y Antipsiquiatría...*, op. cit, p.p. 98 y 99.

natural sería luchar, sin embargo, en este tipo de instituciones cada atisbo de resistencia es sinónimo de la inevitable degradación de la salud.

Otra “fantasía” prevaleciente en el personal del hospital psiquiátrico se refiere a las labores que pueden realizar los pacientes.

*Era común ver a los pacientes del Sanatorio Psiquiátrico Del Carmen, haciendo nada, el personal médico indica que es peligroso darles ciertos objetos, por ejemplo, escobas para barrer, por el palo, jabón para lavar, por lo tóxico que puede resultar si es ingerido, cubiertos para guisar, ya que son objetos punzo cortantes, la mayor parte de las actividades les eran restrictivas.*

Salvo los proyectos de terapia ocupacional, en los cuales se encontraban vigilados por instructores y personal de custodia. Estas restricciones no hacen más que convertirlos en sujetos replegados, cada vez más atrofiados e imposibilitados de sostenerse asimismo dependientes totalmente de la institución, convirtiéndolos en pacientes crónicos.

Otra de las diferencias considerables entre los hospitales psiquiátricos convencionales y el modelo terapéutico de Cooper es que en los primeros todas las decisiones deben ser tomadas o contar con el visto bueno del médico, de tal manera que el médico es investido y a veces se inviste a sí mismo con poderes, comprensión y curación totales sobre los internos. De tal manera el personal y lo pacientes mismos, esperan que el psiquiatra asuma el rol de líder. Por su parte en la comunidad terapéutica de Cooper las decisiones se toman en conjunto, las asambleas realizadas tienen la intención de que participen todos los involucrados al interior de un hospital psiquiátrico, aún las decisiones más triviales son condensadas.

Para resumir el desarrollo de la unidad, creo que debe decirse lo siguiente: durante los cuatro años de la vida de la unidad fuimos eliminando progresivamente y exitosamente muchos aspectos destructivos de la vida institucional psiquiátrica. Suprimimos la jerarquización formal de un grado que no ha sido excedido por ningún experimento similar sobre el que se informe en la literatura referente del tema – por lo menos en los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos --. Al hacerlo nos desembarazamos de la clasificación rígida de los residentes en “pacientes” y “persona”.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Ibidem, p. 112.

El hospital psiquiátrico, como cualquier otro sistema social, se define por ciertos límites, dentro de los cuales es posible el cambio, pero si uno se aventura más allá de ellos amenaza la estabilidad de toda la estructura, tal como lo propone y realiza la antipsiquiatría.

Para superar la situación actual de la psiquiatría, en la cual prevalece la violencia como lo hemos expuesto, tendremos que reconocer la complejidad de la realidad humana y negarnos a tratar reductivamente toda acción y experiencia humanas como un proceso individual. La propuesta que realiza Cooper para modificar la institución psiquiátrica en términos prácticos, es establecer comunidades pequeñas de aproximadamente treinta o cuarenta personas, que debe funcionar sin los preconceptos clínicos corrientes, sin una jerarquía médica, personal, paciente, la cual es rígida. Definirá Cooper este proyecto de la siguiente manera:

En una comunidad “experimental” de este tipo el sujeto no tendrá que luchar con los deseos alienados de otros que tratan de moldearlo a la medida, de curarlo de sus intentos de convertirse en la persona que realmente es. Finalmente, tendrá la posibilidad de descubrir y explorar modos auténticos de relacionarse con los otros. Esta comunidad no existe todavía, pero es posible crearla.<sup>19</sup>

Podemos concluir esta exposición acerca del trabajo de D. Cooper indicando que la propuesta que el denomina antipsiquiátrica tiene como principal interés el modificar la institución psiquiátrica, va más allá del cuestionamiento reduccionista de ¿si existe la enfermedad o no?

El proyecto de la unidad terapéutica que mantuvo Cooper ofreció interesantes resultados, se encontró que el personal que trabaja en la unidad debe ser liberado del sistema de dominación, este sistema de categorías de escalafón, un sistema jerarquizado y paternalista, que impide tomar decisiones al sujeto internado. El hospital psiquiátrico debe convertirse en un lugar en el que las personas puedan elegir un proceso de validación de si mismos y de esta manera dejar de ser un lugar por medio del cual se ejerce la violencia y se realiza un sacrificio humano.

---

<sup>19</sup> Ibidem, p. 49.

Para Cooper la psiquiatría ideal, el modelo que realizó en la Villa 21, la propuesta crítica y radical al sistema psiquiátrico, es lo que llama antipsiquiatría.

La curación que le preocupa a la psiquiatría no es más que hacer al paciente aceptable para los otros, de modo que estos padezcan menos ansiedad con respecto a él, la curación procura que el paciente exprese menos angustia. La restauración de la salud para la psiquiatría es que se los sujetos diagnosticados se integran favorablemente a la sociedad. Bajo los parámetros que establece la psiquiatría convencional, podemos mostrar los resultados del proyecto "Villa 21":

Se trató a veinte varones y veintidós mujeres esquizofrénicos con terapia conjunta de familia en dos hospitales psiquiátricos, con uso reducido de tranquilizantes. No hubo psicoterapia individual. No se administró ningún tratamiento por shocks, ni se practicó ninguna lobotomía. Todos los pacientes fueron dados de alta dentro del año de su internación. La estadía promedio tuvo una duración de tres meses. El 17 por ciento, fue reinternado durante el año posterior al alta. El 70 por ciento de los no internados pudo ganar su sustento durante todo el año posterior al alta. Analizamos nuestros resultados. Entendemos haber establecido por lo menos un antecedente para la revisión radical de la estrategia terapéutica empleada en la mayor parte de las unidades psiquiátricas relacionadas con el esquizofrénico y su familia.<sup>20</sup>

En este trabajo damos asimismo estructura racional a una forma de terapia que no se centra en el paciente individual, sino en el grupo o sistema de comunicaciones del cual aquel es parte, sea en el seno de su familia o en el hospital psiquiátrico.

En este proyecto que llevó a cabo Cooper podemos observar que sin emplear la violencia, ni la coerción, progresivamente las reglas y las diferencias entre el personal y los enfermos se fueron disolviendo hasta casi desaparecer. Como lo comentamos anteriormente el éxito puede observarse al evaluar los resultados del experimento,<sup>21</sup> los 42 pacientes de la "Villa 21" pudieron ser dados de alta antes de un año (3 meses en promedio), sin haberse utilizado choque insulínico, electrochoque (práctica que se realizaba en aquellos

---

<sup>20</sup> Ibidem, p. 139.

<sup>21</sup> Es importante reiterar que no es el objetivo de este trabajo considerar la viabilidad de estos proyectos, lo que deseamos mostrar al lector es que existen alternativas para tratar (la palabra no se acota el sentido médico, sino también personal) a los enfermos mentales y destacar que algunos de ellos ofrecen mejores resultados que los métodos ortodoxos.

tiempos y que ahora, con sus respectivas modificaciones en el modo de administrarla, se le llama terapia electro convulsiva –TEC-) o dosis altas de medicamentos, un año después sólo el 17% fue reinternado, siendo una cifra menor que la de los tratamientos habituales en ese entonces.

## **LAING, LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD**

*El sistema social, y no los individuos, es lo que debe constituir el objeto de estudio si queremos entender la etiología de la esquizofrenia.*

*No se puede culpar a nadie en particular<sup>22</sup>*

*R. Laing*

*Yo soy lo que mi familia es*

*Publicidad Encuentro de la Familia*

Ronald D. Laing es un psiquiatra clínico; desarrolla una teoría con la que pretende comprender los estados psicóticos del humano, particularmente de la enfermedad denominada por Bleuler como esquizofrenia, esto a partir de ideas de filósofos como Sastre, Heidegger e incluso Hegel ya que considera que en ocasiones se deben reflexionar situaciones y experiencias de la existencia humana, como es la vida misma con sus adversidades y no considerarlas como fundamentos patológicos. Estas concepciones, unidas en parte a la concepción psiquiatra fenomenológica inaugurada por Eugene Minkowski<sup>23</sup> y la concepción epistémica fundada por el psicoanálisis freudiano, llevaron al autor a desarrollar su ideología respecto de la enfermedad mental.

Para abordar la obra de Ronald. D. Laing es importante destacar que ha desarrollado en colaboración buena parte de sus trabajos, en algunas de sus obras publicadas aparece como coautor con uno o más investigadores, y parte de sus actividades más importantes se han llevado a cabo mano a mano con otros dos psiquiatras existenciales: David Cooper y Aarón Esterson.

Una de las obras más emblemáticas de Roland Laing es *El yo dividido* en el cual nos indica que le resulta bastante difícil detectar “los signos y síntomas” de la enfermedad en los pacientes esquizofrénicos, ya que en realidad su

---

<sup>22</sup> Robert Boyers y Robert Orrill Compilación, *Laing y la antipsiquiatría*, Alianza Editorial 1978 Madrid, p. 122

<sup>23</sup> Particularmente en la obra de 1927 titulada *La Esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y esquizofrénicos*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001.

comportamiento le parece más significativo y coherente que extraño o irrelevante, posteriormente nos ofrece una demostración asombrosa de lo que significa considerar a los pacientes como seres humanos, en lugar de clasificarlos como ejemplos de una enfermedad. Esto es con base a su experiencia profesional como psiquiatra.

En esta obra maneja el concepto de “*inseguridad ontológica*”, que no es más que una profunda incertidumbre personal respecto a las fronteras entre el yo y el mundo, el *ego* del paciente es concebido como un ser incompleto, como un narcisismo primario, involuntario e impuesto, simbiótico, caótico y viscoso, que puede contrastarse con la delimitación de las fronteras de su propia persona que va produciéndose en el desarrollo del niño normal, e indica que el ser en el mundo es sinónimo de interacción social que será lo que lo constituye, de esta manera Laing da una dimensión natural a los componentes psiquiátricos desde una corriente del pensamiento existencialista. En el yo dividido nos ofrece el siguiente concepto de “*inseguridad ontológica*”:

El individuo, en las circunstancias ordinarias del vivir, puede sentirse más irreal que real; en sentido literal, más muerto que vivo; precariamente diferenciado del resto del mundo, de modo que su identidad y autonomía están siempre en tela de juicio. Puede carecer de la experiencia de su propia continuidad temporal. Puede no poseer un sentido contrarrestador de congruencia y cohesión personal. Puede sentirse más insustancial que sustancial, e incapaz de suponer que la estofa de que esta hecho es genuina, buena, valiosa. Y puede sentir que su yo está parcialmente divorciado de su cuerpo.

Por supuesto, es inevitable que un individuo cuya experiencia de sí mismo es de esta clase, ya no pueda vivir en un mundo seguro, tal como no puede estar seguro "en sí mismo."<sup>24</sup>

*Más adelante veremos cómo cobra sentido este concepto, por ahora sería interesante destacar un ejemplo, breve y preciso, respecto una situación en donde se pone de manifiesto la imposibilidad de ver en el paciente a una persona adulta, con decisiones y fantasías propias: durante una entrevista en el sanatorio, un paciente crónico de casi 50 años jugueteaba con todo objeto disponible en la mesa, la madre le llamó la atención un par de veces antes de lanzar un golpe certero sobre su pierna, de ésta manera exigía sumisión y obediencia sobre su conducta, la madre continuó con la entrevista con ese tono de voz y con esa mirada características de los progenitores cuando acaban de imponer una conducta al hijo, conducta que esperan sirva para su socialización posterior.*

<sup>24</sup> R. D. Laing, *El yo dividido*, España, FCE, 1975, p. 38.

Por otra parte en su obra *Cordura, locura y familia*, trabajo que fue realizado con la colaboración de Esterson, expone detalladamente la descripción de familias de jóvenes esquizofrénicas, las cuales indica carecen de una existencia separada de la de sus familiares: no son ellas, sino sus familias en conjunto, quienes poseen las características del padecimiento, se trata de padres severos y exigentes, con criterios presuntuosos y quiméricos, que no permiten la autonomía de sus hijos, definen los esquemas de conducta correcta de sus hijos dentro de límites que asfixian la imagen que de sí mismas tienen las muchachas y sus expectativas son por lo general contradictorias e incoherentes. Este trabajo es práctico, es decir, en él expone ampliamente uno a uno casos en los cuales interviene y en los cuales como constante se encuentra la responsabilidad familiar como incubadora de la enfermedad.

Estas observaciones que realizan Laing y Esterson esconden misterio de la familia normal, se observa la vida hogareña de las muchachas esquizofrénicas y familias normales que los psiquiatras convencionales no encuentran la necesidad de contemplar. En este trabajo vuelve a reiterar la complejidad para observar los “los signos y síntomas” de la enfermedad en los pacientes esquizofrénicos, al respecto dice lo siguiente:

La psiquiatría se ha ocupado especialmente de experiencias individuales y de conductas consideradas en nuestra sociedad como “anormales”. En un esfuerzo por poner a la psiquiatría a tono con la neurología y la medicina en general se han hecho intentos para clasificar tales experiencias y conductas en “síntomas” y “signos” de supuestos síndromes patológicos o de enfermedades.<sup>25</sup>

A diferencia de su primer obra: “El yo dividido”, Laing ya no considera que el enfermo mental sea un chivo expiatorio en el cual es depositado el deseo arbitrario y autoritario de los padres que, terminan por convertirlo en psicótico, ahora, en “Cordura, locura y familia”, su visión es más sistémica puesto que considera que el grupo familiar en conjunto se ha organizado de tal manera que se permite, se precisa, la existencia de un chivo expiatorio. A este respecto, cabe destacar la siguiente cita de I. Berenstein:

---

<sup>25</sup> R. D. Laing y Esterson A., *Cordura, locura y familia, Familias de esquizofrénicos*, México, FCE, 2006. p. 10.

Leyendo los casos narrados por Laing y Esterson, se recoge la impresión de que el sistema familiar está determinado por las perturbaciones paternas y el hijo psicótico es una víctima encerrada en la enfermedad-maldad de los padres. Personalmente pienso que los padres determinan al hijo como este a aquellos y la descripción sistemática debería poder dar cuenta de las particularidades del sistema familiar, marco en el cual se inscriben las conductas individuales<sup>26</sup>

Para adentrarnos en la ideología de Laing debemos partir del origen del ciclo de la enfermedad mental, es decir, un sujeto el cual es diagnosticado con una enfermedad por un experto llamado psiquiatra, sabemos que el diagnóstico es la principal función del médico, ya que es el paso esencial que precede y determina el tratamiento que llevará a la cura del sujeto, que ahora toma el rol de paciente.

Ahora bien, al hablar de la enfermedad mental tenemos que definir algunas particularidades que destacan sobre otro tipo de padecimientos, por principio nos vemos obligados a elaborar una reseña que nos permita observar como la ciencia llega a la definición de esta enfermedad. Históricamente los integrantes de un grupo se han empeñado en clasificar el comportamiento de los individuos que rompen las reglas del grupo como malo, criminal, malicioso, pecaminoso, egoísta, inmaduro, necio, idiota, ignorante y demás, así mismo desarrollan criterios para juzgar qué comportamiento es el que rompe reglas y cómo clasificarlo, una vez que localizan sujetos que rompen reglas persistentemente deben ser catalogados con odjetivo de aplicar una sanción lo suficientemente severa para decidan retomar el camino de las reglas en caso contrario sufrirán el peso del estigma, es así como en otras épocas se le denominan a este tipo de comportamiento brujería, posesión de espíritus o demonios y actualmente que la ciencia ha superado estas ideologías se consideran este tipo de trasgresiones a la regla como un síntoma de enfermedad mental. Lo que antes era considerado locura, se ha visto regida por la convicción de la gente “sana” de que es realmente una enfermedad, y esta creencia de que es verdad ha sido firmemente probada por los adelantos del saber científico. Este hecho ha convertido los manicomios en recintos clínicos donde los médicos han asumido los roles dominantes y han basado sus poderes en la presunción de que tienen una comprensión científica de las personas internadas.

---

<sup>26</sup> Berenstein, Isidoro. *Familia y enfermedad mental*, Buenos Aires, Paidós. 1998. P. 33

La psiquiatría objetiva está basada en creencias, no en biología. La psiquiatría objetiva es un intento no objetivo de controlar de modo exhaustivo todos los sucesos no objetivos a través de medios objetivos.<sup>27</sup>

Respecto a lo anterior Laing considera que “el diagnóstico psiquiátrico es un modo de identificar ciertos hechos mentales y emocionales indeseables”<sup>28</sup>. Esto debido a que el diagnóstico considerado científico debe integrar exámenes específicos para validar que en efecto existe un padecimiento, sin embargo, para los efectos de diagnosticar una enfermedad mental el procedimiento es otro ya que en éste las características emocionales son consideradas patologías, las experiencias poco frecuentes, difíciles de explicar socialmente y virtualmente invariantes para el resto del mundo, son el tipo de cosas que resulta provechoso considerarlas como signos de enfermedad, y clasificarlas como sintomatología de la enfermedad mental.

No todas las perturbaciones biológicas son enfermedades, pero todas las enfermedades son perturbaciones biológicas. Si no hay perturbación biológica, no hay enfermedad alguna.<sup>29</sup>

Los recursos de los que se vale el médico para hacer frente al padecimiento, llegan a ser poco ortodoxos y faltos de científicidad al grado de indicar que un “síntoma” básico del paciente mentalmente enfermo es su incapacidad para saber que está enfermo. Cuando el sujeto no está de acuerdo con el médico que le dice que está enfermo, el médico no le dice que no debería no estar de acuerdo, sino que no sabe lo que está diciendo, y que no lo sabe porque está enfermo. Escucha la declaración del paciente de que no está enfermo como evidencia de que está demasiado enfermo para darse cuenta de que está “enfermo” y así se lo dice.

Lo único cierto sobre la “enfermedad mental” es que algunas personas afirman que otros la padecen.<sup>30</sup>

Laing considera inaceptable la práctica realizada por la psiquiatría ya que consiste en asignar etiquetas denominadas diagnóstico a sujetos llamados

---

<sup>27</sup> R. D Laing, *La voz de la experiencia*, Editorial Crítica España 1983. p. 56.

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 51.

<sup>29</sup> *Ibidem*, p. 59.

<sup>30</sup> R. D. Laing *Crítica de la familia y la sociedad a partir de la esquizofrenia*. Antigua casa editorial Cuervo Buenos Aires Argentina. 1976 p. 28.

enfermos mentales, ya que no son más que hipotéticas enfermedades de etiología desconocida y cuya patología está aún por descubrirse y hasta la fecha continúa la psiquiatría en la búsqueda de elementos que puedan confirmar la científicidad de las enfermedades mentales. Este será uno de los fundamentos principales de la corriente antipsiquiátrica, la falta de validez de los padecimientos, particularmente de la esquizofrenia, ya que el diagnóstico se basa en síntomas y no en signos.

Epistemológicamente la esquizofrenia tiene el status de un concepto explicativo o de una hipótesis de trabajo. Nadie ha probado que exista como una cosa ni nadie ha descrito sus atributos con precisión y seguridad científicas.

Ahora bien, al hablar del diagnóstico efectuado a un sujeto, lo siguiente que resulta primordial es hablar de las modificaciones que se generan en el entorno, considerando que todo sujeto pertenece a un grupo y es éste el que demanda que uno de los integrantes a sufrido una transformación, es decir, los cambios que suceden en la familia. Al respecto Laing indica:

Quando la situación se deteriora hasta el punto de dar lugar a la intervención de un extraño, puede ocurrir que todos o parte de sus miembros no sólo no comprendan en qué consiste la situación, sino que no comprendan que no la comprenden. Caer en cuenta de ello puede resultarles aterrador en sumo grado.<sup>31</sup>

Quando surge una situación la cual se denominará “enfermedad”, nos encontramos con una ruptura en el contexto del grupo en el cual se desenvuelve el sujeto, al grado de solicitar el apoyo de un extraño, llamado médico, el cual a los ojos de la familia se encargará de sustraer al sujeto deficiente para que la familia pueda seguir desarrollándose de forma adecuada. Con frecuencia una de las causas a la que contribuyen los miembros de la familia es el deterioro de la situación, la cual se vuelve cada vez insostenible, ya que uno de los miembros está complicando las cosas.

Una vez que la familia nota el deterioro y solicita la intervención del médico este asistirá al llamado, por lo cual el ámbito de competencia del psiquiatra no debe ser tan solo el sujeto, sino la familia, ya que es la que sustenta la disfunción de un integrante.

---

<sup>31</sup> R. D Laing, *El cuestionamiento de la familia*, Paidós Estudios 3ª reimpresión España 1986. p. 49. Las cursivas son del autor.

La enfermedad mental surge de una situación social, es la familia quien indica que un sujeto tiene cierto padecimiento por sus actos, esto es lo que dice la psiquiatría, entonces podemos plantear el siguiente cuestionamiento ¿por qué el diagnóstico se realiza de forma individual y por qué sobre un sujeto recae el tratamiento y no sobre la familia? El estudio en situaciones sociales, como en la familia, posibilitaría una intervención grupal, y no únicamente un tratamiento particular y unitario como el psiquiátrico.

En una situación en la que al menos dos sujetos participan, por ello el tratamiento no puede ser individual, tan pronto como se interactúa con alguno de los elementos lo queramos o no intervenimos de un modo u otro en todo el contexto.

Uno de los puntos que destaca la antipsiquiatría es que no tendríamos que estar haciendo énfasis en este diagnóstico social de la enfermedad mental, si este padecimiento estuviera respaldado por estudios científicos y no por percepciones familiares. Por ejemplo, al hablar de un paciente con diabetes la familia no indica que padece dicha enfermedad, los estudios lo confirman y no es la familia quien de forma imperativa exhorta al sujeto al tratamiento, de la misma manera el paciente con diagnóstico de cáncer, no porta la enfermedad por que la familia así lo crea o por su actitud, lo es porque el estudio histopatológico así lo determina, en la enfermedad mental no es así, el paciente no acude de forma voluntaria con el médico, con frecuencia y particularmente con la esquizofrenia, no se cuenta con estudios médicos que respalden el diagnóstico, todo es percepción médico-familiar.

El “diagnóstico social” es la elaboración de un juicio al contexto del paciente mental, es decir, un pleno conocimiento de la situación familiar del paciente. La importancia de este diagnóstico se debe a lo siguiente: si el psiquiatra considera que el paciente requiere asistencia hospitalaria será internado, posteriormente, si su rehabilitación lo permite será devuelto a la familia, sin importar demasiado si las condiciones de su entorno son propicias para su “estabilidad psiquiátrica”, en caso de que no sea de esta manera, como frecuentemente sucede, el sujeto portador de la enfermedad se verá obligado a volver al hospital psiquiátrico. Al respecto Laing nos ofrece el siguiente ejemplo:

En el aspecto médico, nuestro diagnóstico no influye sobre el hecho de que una persona padece de tuberculosis, nuestro diagnóstico no modifica la enfermedad. No podemos transformar una tuberculosis en una cardiopatía por el hecho de decir que se trata de una cardiopatía. Pero supongamos que nuestro diagnóstico es el siguiente: esto es una crisis social que obedece al hecho de que este muchacho sufre de esquizofrenia. Debemos tratar la "esquizofrenia" del muchacho y el asistente social debe ayudar a los parientes a hacer frente a esta enfermedad. No se trata, en este caso, de un simple diagnóstico médico. Se trata de una prescripción social.<sup>32</sup>

De esta manera podemos indicar que el diagnóstico es un acto de intervención social el cual cambia la situación, esta labor no será realizada por el psiquiatra que su labor únicamente radica en sustraer al sujeto con la esperanza familiar de que el sujeto se regularice por esta acción, lo cual significa que al hablar de las enfermedades mentales el diagnóstico define, determina y modifica la situación. Por lo tanto la psiquiatría no realiza un diagnóstico ordinario, lo que verdaderamente realiza es una prescripción social, que posteriormente será asignada y asumida por un sujeto.

*Así, una madre entrevistada comenta que a su hijo, en un principio, le diagnosticaron esquizofrenia paranoica, cuando quiso que su hijo estuviera internado en el psiquiátrico, no tanto por la gravedad de la enfermedad sino porque a su edad avanzada le resultaba complicado cuidarlo, le dijeron que no se trataba de esquizofrenia sino de una simple alteración afectiva que podía tratarse con medicamentos más eficientes.*

A continuación desarrollo un comentario amplio, considero que ilustra claramente la importancia del diagnóstico integral, se trata de una paciente del Hospital Fray Bernardino Álvarez, tuve la oportunidad de conversar con la Tía que la acompañaba a la consulta:

---

<sup>32</sup> R. D Laing, *El cuestionamiento de la familia...*, op. cit, p. 57.

*Se trata de una mujer de 23 años de edad, hija única, estudiante, delgada, diagnosticada como esquizofrénica, la cual ha sido hospitalizada en dos ocasiones y ahora acude periódicamente a consulta externa. Su historia es la siguiente: su padre fue despedido como parte de un recorte de personal de la empresa a la cual sirvió por 20 años, esto aproximadamente hace un año, hasta la fecha no logra conseguir empleo, por lo cual no labora, la madre empleada federal sufrió una parálisis facial, se complicó hasta dejar inmobilizado la mitad del cuerpo, por ello le fue otorgada incapacidad permanente, esta situación llevo al padre a sufrir una severa depresión, no pueden encargarse de sí mismos y la hija tuvo que hacerse cargo de ellos, realizar las labores domésticas, cocinar, cumplir todas las tareas que conllevan atender un hogar, posteriormente las labores le imposibilitan seguir asistiendo a la escuela y se ve obligada a abandonarla, dejó de frecuentar a sus amigas por la dependencia cada vez mayor de los padres; la madre requiere incluso ser aseada, esta situación no mejora, por el contrario al paso del tiempo los padres exigen más a la hija, lo cual la lleva a terminar la relación que mantenía con su novio desde hace dos años.*

*Al paso del tiempo la ahora paciente empieza a descuidar su aspecto, su semblante cada vez es más hostil, cada vez es más temperamental con las personas, le agradan cada día menos las visitas familiares, cuando tiene oportunidad está encerrada en su habitación, al realizar las labores domésticas susurra cosas incomprensibles, narraba la tía.*

*Lo anterior obliga a la tía a tomar algunas medidas y decide llevar a su sobrina al médico general, le indica que su sobrina tiene un trastorno mental y debe ser atendido por un psiquiatra, la tía interesada por la salud de su sobrina investiga al respecto hasta llegar al Hospital Fray Bernardino Álvarez, en el primer encuentro con la institución la paciente fue diagnosticada como esquizofrénica y medicada, vuelve a casa y las cosas no mejoran.*

*Indica la tía que acudieron a casa de su hermana y ésta le comenta la paciente llevaba horas en el baño gritando cosas sin sentido, por ello fue internada por dos meses, al egreso vuelve a casa, la situación sigue igual, cuatro meses después la misma escena: la paciente se encierra en el baño, la tía es notificada por la madre y vuelve a ser internada, esta vez la tía para tratar de poner un freno a esta situación decide hacerse cargo de su sobrina y que viva en su hogar, le indica la determinación a la madre de la paciente, la cual no accede pero no está en posición de impedirlo, el padre por su parte ante la ausencia de la hija se ve obligado a hacerse cargo de su esposa y las labores domésticas.*

*Comenta la tía que una vez en su casa, la paciente empieza a mostrar una pronta mejoría, empieza a platicar frecuentemente con ella, meses después reanuda sus labores académicas y una vez por semana visita a los padres, actualmente acude al psiquiatra para darle seguimiento al padecimiento.*

*De forma literal la tía dijo "su familia la enfermó y sacarla de ella la sana".*

Podemos concluir de este caso, sin ser médicos, que la situación familiar no era nada favorable, que la psiquiatría únicamente determinó que una persona tenía cierto padecimiento, que necesitaba ser hospitalizada o medicada, nunca tuvo algún interés en intervenir a nivel familiar.

A través del procedimiento que realiza la psiquiatría el cual radica en escuchar la situación familiar mediante los comentarios de alguno de los actores "sanos" con la intención de "conocer" el entorno del enfermo, no permite

obtener algún beneficio ya que los actores cambian los relatos, cuando se escucha a diferentes integrantes y su situación, el relato sufre diversas transformaciones a menudo, lo cual genera poca credibilidad, así mismo el discurso se transforma con el correr del tiempo. La certeza la obtiene el psiquiatra donde converge el malestar, es decir, si más de dos integrantes se quejan de un tercero este estará en desventaja y perderá la posibilidad de que su discurso sea escuchado.

Por lo anterior para el estudio adecuado de la situación social nos vemos obligados a realizar una microhistoria, Laing dirá lo siguiente:

Nos hemos visto llevados también a comenzar intentos de estudiar lo que uno podría llamar la microhistoria: las transformaciones que se extienden a veces hasta varias generaciones en estructuras sociales comparativamente pequeñas, incluyendo familias. Este terreno está entre la biografía individual y la historia a gran escala. Es un área que, curiosamente, ha sido descuidada por sociólogos, antropólogos e historiadores.<sup>33</sup>

Es en este aspecto donde cabe la participación de la Sociología como la ciencia que podría hacerse cargo de realizar este estudio de la microhistoria de un paciente mental.

Una vez que hemos expuesto la postura de Laing acerca de la enfermedad mental de manera general y del diagnóstico que de ésta se realiza considero conveniente adentrarnos al concepto de esquizofrenia, enfermedad mental sobre la cual hará un especial énfasis, ya que hasta la fecha es un padecimiento del cual se conoce poco en relación a la etiología y se cuenta con pocos elementos para su sustento científico, más adelante nos daremos la oportunidad de detallar estos aspectos. Laing define la esquizofrenia como una etiqueta que algunas personas cuelgan a otras en ciertas circunstancias sociales. No se trata de una enfermedad, como la diabetes o el cáncer. Se trata de una forma de alienación, lo cual nos indica que es un hecho social. Citaremos su definición:

Esquizofrenia es el nombre que se le da a una condición que la mayoría de psiquiatras atribuye a los pacientes que ellos llaman esquizofrénicos. Esta adjudicación es un sistema de atribuciones que tiene una consistencia interna variable y es predominantemente de naturaleza derogatoria. En el

---

<sup>33</sup> R. D. Laing, *Crítica de la familia y la sociedad a partir de la esquizofrenia...*, op. cit, p. 10.

peor caso descansa en una extraordinaria mezcla de lenguaje clínico-mental-biológico-psicoanalítico-psiquiátrico que está a la altura del esquizofrénico en su aparente oscuridad y confusión para todos excepto para los que lo usan.<sup>34</sup>

Coincidiendo con algunos autores de la llamada corriente antipsiquiátrica indica que el mayor problema de esta enfermedad denominada esquizofrenia es el hecho de que es una condición que aflige a las personas diagnosticadas como esquizofrénicas, más que un padecimiento certero y científico y el problema del origen de la esquizofrenia es entonces concretarnos a saber ¿por qué algunas personas sí y otras no sufren de esta condición? Y está será el punto sobre el cual gire la teoría de Laing.

El concepto de esquizofrenia es una especie de camisa de fuerza conceptual que restringe gravemente las posibilidades tanto de psiquiatras como de pacientes. Quitando esta camisa de fuerza, podemos ver qué es lo que pasa. En el campo de la etología ha sido sobradamente demostrado que las observaciones del comportamiento de los animales en cautividad no nos dicen nada digno de confianza sobre su comportamiento en su medio ambiente natural. Toda nuestra civilización presente puede ser una cautividad que el hombre en cierta forma se ha impuesto a sí mismo. Pero las observaciones en las que se han apoyado los psiquiatras y psicólogos para construir la imagen prevalente de la esquizofrenia han sido llevadas a cabo, casi enteramente, con seres humanos en una cautividad doble o incluso triple.<sup>35</sup>

Para ejemplificar la situación del diagnóstico de esquizofrenia sobre algunos sujetos Laing se apoya en Marx y ofrece la siguiente cita: Un negro tiene la piel negra bajo todas las circunstancias pero sólo bajo ciertas condiciones socio-económicas es un esclavo. De esta manera concluirá “Un hombre puede atascarse bajo todas las circunstancias, descubrir que se ha perdido, y tener que dar la vuelta y regresar un largo trecho para encontrarse de nuevo. Sólo bajo ciertas circunstancias socio-económicas sufrirá de esquizofrenia”.<sup>36</sup>

La fracción de la corriente antipsiquiátrica que se ha encargado de estudiar a fondo a las familias de esquizofrénicos está de acuerdo en que la aparente irracionalidad del individuo encuentra su racionalidad en su contexto

---

<sup>34</sup> Ibidem, p. 6.

<sup>35</sup> Ibidem, p. 18.

<sup>36</sup> Ibidem, p.p. 18 y 19.

familiar de origen, es en el grupo donde encuentra sentido el comportamiento del sujeto y es posible estudiar de forma integral al individuo.

Finalmente para dar paso al gran proyecto de la comunidad terapéutica que encabeza Roland D. Laing es importante contextualizar el estado de clínicas mentales, que al igual que las cárceles, confinan a las personas que se apartan de las normas establecidas, pero confunden más a los internados en ellas porque no les dicen qué reglas han roto, ni siquiera que han roto reglas. El psiquiatra en la clínica mental intenta persuadirse a sí mismo, a sus colegas en la profesión médica, al personal, a los pacientes, a las familias y a la sociedad, de que practica la medicina. Para enmarcar sus actividades dentro de un modelo médico llama al juicio que realizan diagnóstico y a la sentencia tratamiento.

El hospital es una institución que la mayoría de las veces degrada y anula a los seres humanos. Una vez en el hospital, el paciente difícilmente vuelve a salir, porque manifiesta cada vez más el tipo de conducta por la que fue hospitalizado, las condiciones en las que se encuentra no le permiten desarrollarse favorablemente razón por la cual muestra su malestar por el encierro y su disgusto por esta decisión. A la persona diagnosticada o etiquetada no sólo se la inicia en un rol, sino también en una carrera de paciente, mediante la acción concertada de una coalición de la familia, los psiquiatras, los enfermeros, los asistentes sociales psiquiátricos y, a menudo, los propios compañeros del paciente. Dentro del hospital si el paciente acata las reglas es premiada su obediencia y de lo contrario es castigada la desobediencia, estas medidas son contempladas dentro del “tratamiento” médico.

El proyecto que enarbolara el movimiento antipsiquiátrico inglés inicia en 1965, cuando Laing, Cooper y Aaron Esterson fundaron la Philadelphia Association, que tuvo como objetivo crear centros para dar acogida a personas con enfermedades mentales. Se abrieron tres “hogares”, el más célebre es Kingsley Hall, que funcionó entre 1965 y 1970 este es el nombre de un edificio ubicado en Londres. Cuenta con tres pisos de altura, tenía la capacidad para alojar confortablemente a unas trece personas, todas con habitación individual, las habitaciones comunes como se les denominaba comprenden un gran vestíbulo en la planta baja, una sala de juego, un comedor, sala de reuniones,

dos cocinas y otras tres habitaciones que los ocupantes utilizan como sala de meditación, capilla y cuarto oscuro para revelado de fotografía, contaba con una terraza con jardín. Este edificio fue alquilado en Junio de 1965.

Kingsley Hall surge con la única intención de proporcionar un marco favorable para la consumación del viaje cíclico del esquizofrénico: no podía esperarse que los hospitales, con su formalización de roles y sus tradiciones de injerencia, pudieran brindar las condiciones para una “iniciación” satisfactoria, es decir la experiencia esquizofrénica que es el primer paso de un viaje de ida y vuelta que volvía a conducir a “un nuevo ego” y a “un renacimiento existencial” del sujeto llamado esquizofrénico.

El “tratamiento” en este lugar consistía en descubrir las necesidades al interior y encontrar una forma de confiar en ella, simplemente, se trata de encontrar los “yos” perdidos o deformados por los otros.

El modelo de Kingsley Hall es de la comunidad terapéutica, en el cual se pretende que entre los internos y el personal no existe una diferencia subrayada. Se otorga total libertad a los pacientes ningún poder institucional subordina a nadie, no existe la estructura de mandato-obediencia que permiten los que están arriba a forzar a sus subordinados obedecer. Las reglas de Kingsley Hall no fuerzan a nadie a trabajar. Todos cubren una parte como contribución para la manutención del lugar a un fondo común. La “comunidad” como lo denomina Laing utiliza el dinero del fondo común para pagar comida, calefacción, electricidad, reparaciones y conservación de todas las habitaciones del edificio y cualquier otra cosa que se decida comprar. Los residentes pueden hacer lo que les plazca y lo hacen, por ejemplo convertir la noche en día y no levantarse para nada de la cama si lo desean. Nadie tiene la facultad de forzar a otro a hacer cualquier cosa aunque presumiese que es por su bien, esto violaría las reglas del grupo.

Por lo anterior surgen preguntas obligadas como ¿Dónde está el aparato para tomar decisiones? ¿Cómo se discuten, se clarifican y se clasifican los problemas? ¿Cómo se toman los acuerdos y se llevan a cabo? La “comunidad” responde a estas preguntas de manera diferente en momentos diferentes. Las reuniones tienen lugar con frecuencia alrededor de la mesa a la hora de la comida o dondequiera que la gente se siente cuando come. Con frecuencia los problemas se plantean en la hora de la comida.

Sobre el entrono social en el cual vive en King Hall en algunas obras comenta Laing que los residentes (ya que en este tipo de comunidad no podemos llamarlos internos) de Kingsley Hall generaban miedo en las personas del vecindario. Como muestra ofrecemos el siguiente ejemplo:

Cuando los residentes se comportan de maneras que se consideran extrañas alarman a algunas personas que viven fuera del edificio. Un hombre de veintiocho años que vivía en Kingsley Hall se paseaba por los bares y cafés del vecindario y sin decir ni una sola palabra a nadie recogía los vasos de las mesas y del mostrador, se bebía el contenido y salía. Si habían dejado abierta la puerta de alguna casa, entraba, se sentaba en una silla del cuarto de estar hasta que alguien de la casa le veía. Entonces se levantaba y se iba tranquilamente. Nunca amenazó ni tocó a nadie pero enervaba a la gente. Se le acercaban en la calle para aconsejarle espontáneamente que se encontraría mejor en una clínica. Un residente no dejaba dormir a la gente de la casa del lado por la noche porque ponía el tocadiscos tan alto como podía. Sentía su cuerpo entumecido y si ponía la música muy alta, encontraba que podía revitalizarlo. No quería molestar a nadie; cuando los vecinos se quejaron, paró y se excusó.<sup>37</sup>

En Kingsley Hall tuvieron lugar muchos “retornos”. El “renacimiento” más representativo es el de la paciente Mary Barnes el que se empleara como estandarte del movimiento antipsiquiátrico para mostrar su éxito.

Mary Barnes vivo en Kingsley Hall durante tres años y medio, hasta los cuarenta y cinco años de edad, es sin duda la paciente más famosa del centro junto a Joseph Berke, publicó sus memorias bajo el título *“Mary Barnes. Viaje a través de la locura”*, en donde paciente y psiquiatra narran la experiencia psicótica fuera del marco psiquiátrico convencional.

Comentaremos de manera somera el caso Mary Barnes, fue una mujer que había sido internada en diferentes hospitales, al poco tiempo de llegar a Kingsley Hall comienza a embadurnar las paredes con excremento. Los residentes del lugar empiezan a manifestar su inconformidad por el olor. Le proponen mudarse a la habitación más apartada de la casa, sin embargo Laing le asigna un nuevo lugar, que no es propiamente el más apartado, sino aquel donde pueda estar bajo la mirada de los especialistas. En una descripción del lugar Morton Schatzman comenta lo siguiente: Laing luego de mirar con atención la pared cubierta de excrementos, dice: *“Está linda, pero le faltan colores”*. De ahí Mary Barnes imagina otras posibilidades cromáticas, empieza a trabajar con los pinceles y comienza a pintar.

---

<sup>37</sup> Ibidem, p. 45

Podemos observar que la antipsiquiatría inglesa da un gran peso a la familia y lo que esta genera sobre el sujeto, enfatiza que la psiquiatría únicamente se enfoca en un sujeto cuando es toda una situación familiar la que resulta patógena.

## FRANCO BASAGLIA, LA IMPLANTACIÓN DE UN MÉTODO

*Los manicomios quedaron siempre, como dije anteriormente, como defensa de la persona sana en contra de la persona que se desviaba de las normas.*

*Franco Basaglia*

*Esa, esa no es mi mamá,  
aquí yo no tengo mamá  
es una señora que me visita, me trae de comer y  
cigarros,  
la mamá, doctor, la tiene uno en la casa  
y esto no es mi casa<sup>38</sup>*

*Interno del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen*

Es en Italia donde la antipsiquiatría encuentra a otro de sus autores representativos, Franco Basaglia, médico psiquiatra que dirigió el hospital psiquiátrico de Gorizia desde 1961 hasta 1969, lugar donde implementa ideas que han de considerarse revolucionarias en relación al modelo institucional de aquella época, cambiando por completo el tipo de asistencia y de trato ofrecido a los enfermos mentales. La obra del autor italiano que más repercusión y difusión ha tenido es *La Institución negada*, producción colectiva del equipo del Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Se trata de un extenso informe que recopila toda la historia de la experiencia antipsiquiátrica de Gorizia, en este libro se detalla la transformación de un manicomio tradicional en una comunidad terapéutica, se describen los aspectos sociales, ideológicos y políticos implicados en esta modificación; cuenta además con algunas obras y conferencias donde muestra su postura sobre la enfermedad mental, el papel del psiquiatra y la institución que se encarga de tratar estos padecimientos.

Por principio es importante mencionar que Basaglia comparte algunas ideas características de la corriente denominada antipsiquiatría, como el hecho

---

<sup>38</sup> Me encontraba platicando con el paciente, de pronto su madre ingresa a la zona donde estaban las visitas y le comento, "ya llego tu mamá" y él me dice...

de que el campo médico realizó una lenta y laboriosa integración del enfermo mental al campo científico y que hasta el momento no está muy bien definida, de igual manera observa como la medicina pretende que el enfermo mental sea considerado como el resultado de una alteración biológica, por otra parte la psiquiatría no hace más que acentuar la diferencia de estos “enfermos” en relación con los actos de los normales. Por lo tanto lo que se encargan de juzgar los psiquiatras es el comportamiento de sujeto, más allá de los indicios que pudieran mostrar el carácter biológico, lo que determinará su condición de enfermo es su desarrollo social, por lo cual si el diagnóstico es positivo y el sujeto es un “enfermo mental” lo mejor para la sociedad, será segregarlo.

Por ello, la actitud represiva es una expresión directa de la impotencia de una disciplina que frente a la enfermedad mental, se satisface con definirla, catalogarla y guiarla de algún modo, y que como único destino posible y sobre todo que tenga garantizado su éxito, queda el encierro, más allá de un verdadero tratamiento médico.

Basaglia considera que el problema no es la enfermedad en sí, sino el tipo de relación que determina este padecimiento entre el médico, el enfermo y el hospital donde será atendido. La gravedad de este tipo de padecimientos radica en la imposibilidad de la ciencia por tratarlas y ofrecer como inmejorable alternativa terapéutica el aislamiento, lo que genera una condición estigmatizante la cual conlleva a la pérdida de cualquier valor social por parte del paciente, lo que origina que la sociedad deje como única posibilidad el aislamiento perpetuo. Es así como Basaglia definirá al enfermo mental:

Es un excluido que, en una sociedad como la actual, nunca podrá oponerse a lo que le excluye, puesto que cada uno de sus actos se encuentra constantemente circunscrito y definido por la enfermedad. La psiquiatría es, pues, la única manera —en su doble papel médico y social—, de informar al enfermo de la naturaleza de la enfermedad, y de lo que le ha hecho la sociedad al excluirle: sólo tomando conciencia de haber sido excluido y rechazado podrá, el enfermo mental, rehabilitarse del estado de institucionalización en que se le ha sumido...<sup>39</sup>

Para Basaglia el hospital psiquiátrico, es una institución que no cumple el objetivo de curar a la persona que tiene trastornos mentales en el cual se

---

<sup>39</sup> Franco Basaglia, *La Institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*, Editorial Barral, Barcelona 1972. p. 154.

practican cierto tipo de terapia que consiste en recuperarlo, en reanudar una relación estable con el otro, sin embargo, esto no es mediante una ideología de cura y un proceso médico, es mediante una ideología de castigo y de aislamiento.

El hospital psiquiátrico representa el “núcleo central” de la sanción que, históricamente, ha etiquetado y discriminado al enfermo mental. El problema no es, pues, tanto la exclusión de los locos, sino las técnicas y los procedimientos de la exclusión.<sup>40</sup>

Al analizar la situación del internado en un hospital psiquiátrico podremos decir que aparece como un hombre sin derechos, ya que el nunca eligió ser sometido al poder de la institución y, por consiguiente, a merced de los encargados de la sociedad resguardan el orden y sustraer a los diferentes, los médicos que a través de un diagnóstico liberan de la sociedad a los sujetos con comportamientos extraños. Esta exclusión o expulsión, por parte de la sociedad, está íntimamente relacionada con la falta de poder contractual por parte del enfermo, determinada por su condición social y económica, y no con la enfermedad en sí misma.

Uno de los sellos característicos del autor es el tinte político con el que impregna su teoría, Basaglia considera que en nuestro sistema social capitalista, la única circunstancia en que el hombre es tomado en cuenta, es en la salud, la enfermedad, más aún la llamada mental, no sirve a nadie, por ello la reclusión en el hospital psiquiátrico, para permitir continuar al mundo con su cauce productivo.

La sociedad capitalista está llamada al bienestar y la abundancia, por lo cual no puede mostrar abiertamente su rostro de violencia contra unos cuantos, razón por la cual ha encontrado un nuevo sistema más sutil y convincente para aplicar la violencia, extender la concesión del poder a los científicos que lo ejercerán en su nombre, es decir, autorizar a los psiquiatras a tipificar a las personas que no cumplan con los parámetros sociales y generar nuevos excluidos. Por lo tanto, los que pueden denominarse sanos, se encuentran protegidos ya que los psiquiatras se encargan de salvaguardar el

---

<sup>40</sup> Mario Colucci y Pierangelo Di Vittorio. *Franco Basaglia*, Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 2006. p. 127

bienestar social con la segregación de los anormales, permitiendo así el progreso capitalista.

La tendencia de la sociedad es alejar de sí la contradicción, apartándola en las instituciones especializadas, poniéndola en manos de los llamados médicos psiquiatras, aceptando la destrucción de la personalidad diferente, como un precio que es necesario pagar por el progreso y bienestar social, acabando de esta manera con la difusión de teorías que refieren un conflicto social de clases, encubriéndola ahora todas las diferencias como una enfermedad psiquiátrica, de la cual no se libera ningún sujeto.

Basaglia considera que en la sociedad capitalista es más conveniente diagnosticar a un sujeto como enfermo mental, ya que es menos peligroso que otras alternativas, puesto que este estatus no permite la posibilidad de formar una colectividad solidaria, así, el enfermo desempeña un papel pasivo, el cual no le permite formar una colectividad que atisbara una posible rebelión. De ello deriva la utilidad de las enfermedades mentales a los fines de la conservación política y de la estabilidad del poder.

Para que los lazos del grupo, en particular, y de la sociedad en general, se renueven ante situaciones de crisis, de conflictos irresueltos o de vinculaciones caóticas, es indispensable, como comenta René Girard “dirigir el azote, descubrir al culpable y tratarle en consecuencia”<sup>41</sup>. Pese a que el sujeto enfermo es considerado como nocivo para la salud de la sociedad, de manera sutil, se convierte en el mediador que purga las impurezas de quien lo juzga, es el puente que se establece desde la debilidad y la pequeñez, sea porque su condición le es impuesta, como indica Basaglia o porque se adjudica el papel de redentor de las penas cotidianas<sup>42</sup>, lo que interesa destacar, en todo caso, es que el enfermo mental responde a una necesidad social, es el medio por el que el grupo puede mantenerse unido. Lejos de estar fuera de la estructura

---

<sup>41</sup> Girard, René, *El chivo expiatorio*, Barcelona, Anagrama. 2002. P. 10

<sup>42</sup> La necesidad del grupo de un chivo emisario o expiatorio sobre el cual depositar la enfermedad mental o bien cualquier acto desviado, y que además tales expectativas son asumidas por el chivo emisario o expiatorio, se ilustra por la cita siguiente, expresada por Ivan Boszormenyi-Nagy: “Los votos de lealtad hacia la familia de origen parten de leyes paradójicas: el mártir que no permite que los restantes miembros de la familia ‘elaboren’ su culpa es una fuerza de control mucho más poderosa que el ‘mandón’ exigente y vocinglero. El hijo delincuente o manifiestamente rebelde puede ser, en realidad, el miembro más leal de una familia” (Boszormenyi-Nagy, Ivan; Spark Geraldine M. *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires, Amorrortu editores. 2003). Bajo esta misma perspectiva se puede leer el caso de Pierre Rivière que describe M. Foucault (*Yo, Pierre Rivière, habiendo asesinado a mi madre, a mi hermana, a mi hermano...* Barcelona, Tusquets, 2001).

social, permite que el engranaje de ésta siga funcionando. Así, muchas familias en donde las relaciones eran conflictivas, después del internamiento se juntan, platican, se ponen de acuerdo para ir a ver al “enfermo” al hospital, un ejemplo de ello es relatado por Salvador Minuchin: Lars y Astrid Andersson llevan 14 años de casados, se la pasan llamando la atención a su hija única, Sonja, quien padece crisis nerviosas y que representa el motivo por el cual acuden al terapeuta. Durante la primera sesión del grupo completo Minuchin se percató que ambos padres dirigen su furia contra la hija, le indica a Sonja que con ella ha terminado, que ya no será necesaria su presencia. Los padres, quienes se mantenían unidos en el enojo contra la hija, no saben cómo hablarse mutuamente, como enfrentarse cara a cara sin el pretexto de la existencia de Sonja, es entonces cuando, para Minuchin, inicia el proceso de terapia destinado para la rehabilitación de la hija.<sup>43</sup>

*La madre de José Páramo, uno de los internos del hospital psiquiátrico Del Carmen nos indicaba: tuvimos una vida tan fea, ahora vivimos mejor, antes no podíamos hacer nada, yo le pedía a Dios un lugarcito donde me lo pudieran tenerlo. En este hospital yo ya no estoy con el pendiente y él ya no está en la calle.*

Es fácil observar a través de este comentario que la familia es quien obtiene tranquilidad con el internamiento del paciente, que la intranquilidad surge de la imposibilidad de controlar al sujeto, de encuadrarlo en una serie de labores que desarrollaría cualquier sujeto “normal” en el mundo capitalista. Por ejemplo, hacer labores domésticas, estudiar, trabajar, desarrollarse en el ámbito social, todo con el objetivo de desempeñar una vida socialmente aceptada.

Por el contrario cuando un sujeto rompe este esquema preestablecido, empieza a quebrantar la estructura social, que inicia con las dificultades de la familia para dominarlo, por lo cual decide asignar esta labor a una institución que realizara esta tarea de manera infalible, la institución psiquiátrica, la cual está encabezada por el psiquiatra.

Para el autor italiano la psiquiatría colabora de manera cada vez más estrecha con las otras actividades represivas como la supresión de las

---

<sup>43</sup> Minuchin, Salvador. *Calidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación*, España, Paidós. 2007. Pp. 158-174.

libertades democráticas, el régimen opresivo en la fábrica, esto por las exigencia de una producción mayor ya que así lo demanda el capitalismo, el uso político de la policía y del ejército, la manipulación de la información en los medios de comunicación como formas de control de la opinión social, el autoritarismo escolar, entre muchas otras. Es por ello que hace un llamado a la ciencia encargada del estudio de las instituciones, la Sociología, para que se responsabilice de este tipo de tareas:

Yo no soy sociólogo, pero no parece que entre otras cosas, la sociología muestra lo que cada sistema social hace de sus instituciones. Las instituciones son la estrategia del sistema social. Es decir, la cárcel, el manicomio, la familia, los medios de comunicación, son todas estrategias que sirven para la conservación del sistema social a través de su represión.<sup>44</sup>

A diferencia de algunos autores de la corriente antipsiquiátrica Basaglia no acotará su trabajo a preguntarse ¿qué es la enfermedad mental, existe o no?, el autor considera de mayor importancia cuestionarse ¿qué es la psiquiatría y cómo opera el hospital psiquiátrico? Al respecto indica:

La enfermedad existe y estoy de acuerdo con esto, es decir existe una situación que no sabemos qué es, que ha alterado la relación con los otros, y que nosotros llamamos enfermedad. Es el sufrimiento que se manifiesta a través del sufrimiento físico, ¿no? Ahora bien, el hecho de que la enfermedad exista es importante, pero es también importante decir lo que se hace con esta enfermedad, es decir el uso político de la enfermedad, cuando usted toma un enfermo y lo interna le pone una etiqueta, lo destruye.<sup>45</sup>

Es importante abrir un paréntesis para indicar la opinión de Basaglia al respecto del adjetivo que se le otorga al movimiento de reestructuración de las instituciones psiquiátricas llamado antipsiquiatría:

No tiene sentido hacer cosas absurdas o decir este tipo de cosas, pues el movimiento antipsiquiátrico es interesante. Yo soy amigo de los llamados antipsiquiatras ingleses y en particular de Ronald Laing. En una conferencia dada recientemente, Laing decía: a mí siempre se me etiqueta como antipsiquiatra; yo no soy antipsiquiatra, soy una persona que considera de determinada manera mi especialidad, y no estoy en absoluto de acuerdo con los psiquiatras tradicionales. Yo afirmo lo mismo, aunque no estoy de acuerdo con Laing por otros motivos. Pero yo diría que nos movemos en distintos planos; él actúa más en el plano individual, yo más en el plano

---

<sup>44</sup> Franco Basaglia, Marie Langer, otros. *Razón, locura y sociedad*, Siglo XXI, México, 2001, 13ª edición.

p. 31

<sup>45</sup> *Ibidem*, p. 28.

social; pero estos acercamientos, el compartir esta situación, estos son elementos muy importantes.<sup>46</sup>

Acercándonos al trabajo de Basaglia en el hospital psiquiátrico, ahora nos detenemos para definir el concepto de instituciones de la violencia, considera que la sociedad capitalista genera este tipo de establecimientos para generar opresión, las instituciones de la violencia son aquellas en las que se aplica cierto grado de violencia, esto depende de las necesidades de aquel que detenta el poder, podemos encontrar diversas instituciones que van de la familia a la escuela, las prisiones, los asilos, los hospitales psiquiátricos. La violencia y la exclusión son justificadas en estos sitios en nombre de la necesidad, como consecuencia de la finalidad educativa para las primeras, y de la culpa y de la enfermedad para las segundas.

Adentrándonos a la obra *La Institución negada*, esta se convierte en un catalizador de la lucha por la superación del manicomio. El principio de este movimiento, el cual se describe en este trabajo, es el hospital psiquiátrico de Gorizia, en el que se implementa el modelo denominado comunidad terapéutica, que no es más que la democratización de la institución. Este método se extendió y surgieron nuevas experiencias en distintas regiones de Italia, por ejemplo Varese, Perugia, Nocera, Cividale, Turín, entre otras.

El modelo que implementa Basaglia es la denominada comunidad terapéutica el cual es un conjunto en el que todos los miembros de la institución, enfermos, médicos, asistentes, están unidos por un compromiso total y un fin común. Es una comunidad que pretende brindar un lugar al interno en una institución en la que por su condición de “enfermo mental” se le considera habitualmente incapaz de formar parte de un grupo. Una comunidad terapéutica es aquella que se esfuerza en utilizar al máximo, las contribuciones de todos, personales y pacientes, sin importar su jerarquía.

La comunidad terapéutica es esencialmente una expresión de confianza en la capacidad de los individuos para juzgar su situación social con todo lo que ésta implica de autoridad. Para que el grupo pueda discutir abiertamente los problemas de autoridad, y sacar provecho de ellos, es fundamental para el médico, ejercer su autoridad en un clima tranquilo. Debe sentirse, en lo posible, libre de cualquier amenaza cuando sus afirmaciones o sus intervenciones son examinadas, criticadas o

---

<sup>46</sup> Ibidem, p. 31.

deformadas, debe estar seguro de no tener nada o casi nada de lo cual defenderse, de manera que pueda actuar como un modelo de objetividad», etcétera.<sup>47</sup>

Para describir con mayor detalle y científicidad a la comunidad terapéutica Basaglia cita al sociólogo Rapoport el cual reveló cuatro temas fundamentales:

Democratización: la opinión de cada uno considerada de igual forma.

Permisividad: los miembros de la comunidad testimonian un alto grado de tolerancia en relación con los acting-out de los pacientes más afectados.

Comunidad de intenciones y de finalidades.

Confrontación con la realidad: hacia la cual eran conducidos sin cesar todos los miembros de la comunidad terapéutica.<sup>48</sup>

Es importante indicar que el modelo de comunidad terapéutica, no es rígido, ya que este permite diversas modalidades de aplicación y sobre todo se debe a que la estructura se encuentra en constantes cambios. Sin embargo, en la Institución negada, puntualiza algunos rasgos comunes con distintas modalidades e ideología de comunidad terapéutica:

1. Libertad de comunicación: todos los esfuerzos tienden a que la comunicación se establezca, a distintos niveles, en todas las direcciones y no sólo de arriba, abajo de la pirámide jerárquica, como es el caso en las instituciones tradicionales.

2. Análisis en términos de dinámica individual y, particularmente, interpersonal, de todo lo que sucede en la comunidad. Tienen lugar, precisamente, durante las reuniones de grupo, con tanta mayor intensidad y frecuencia cuanto más los psiquiatras se orienten en sentido psicodinámico. En el límite, las reuniones comunitarias de servicio pueden transformarse poco a poco en sesiones de psicoterapia de grupo.

3. Tendencia a destruir las relaciones de autoridad tradicionales y a nivelar la pirámide jerárquica, cuyo grado más bajo está tradicionalmente reservado al paciente, sobre el cual se descargan las tensiones de todo el hospital. Este movimiento horizontal, con la necesaria subdivisión del poder de decisión que implica, constituye, sin lugar a dudas, la innovación más significativa de la comunidad terapéutica.

4. Posibilidad de disfrutar de ocasiones de reeducación social, espontáneas o estructuradas por la institución, proyecciones cinematográficas, representaciones teatrales, fiestas, salidas individuales o en grupo, etc

5. Presencia en una reunión (generalmente diaria) de toda la comunidad, así como frecuentes y regulares reuniones más restringidas, a todos los niveles, que son el lugar natural de todos los procesos arriba mencionados.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Franco Basaglia, *La Institución negada: informe de un hospital psiquiátrico...*, op. cit, p.178.

<sup>48</sup> Ibidem, p.178.

<sup>49</sup> Ibidem, p.p 178 y 179.

Como podemos observar uno de los principios básicos de la comunidad terapéutica, radica en que las relaciones de autoridad deben ser abiertamente reconocidas y admitidas. Por ello indica Basaglia que en la institución psiquiátrica existe el proletariado y la burguesía, que son el enfermo y el médico respectivamente, de no considerarse esta perspectiva no es posible hacer absolutamente ninguna transformación. Manifiesta que existe una relación estrecha entre la cura y control social, entre el saber y poder.

Para el autor existen dos problemáticas distintas, las cuales coinciden en la institución psiquiátrica, por un lado el enfermo con una problemática psicopatológica, pero es también un excluido, un estigmatizado social.

El enfermo mental es una criatura doblemente monstruosa, en tanto es "considerado" no sólo como un monstruo biológico, sino también como un monstruo social: (...) excluido en tanto incomprendible, recluido en tanto peligroso.<sup>50</sup>

*En entrevista nos decía la madre de Omar paciente del hospital psiquiátrico Del Carmen, sí es bien difícil venir a estos lugares Doctor, la primera vez que vino mi hija, que se echó a correr un paciente, la hubiera visto estaba temblando, yo nada más le decía, no te preocupes nada más no lo veas.*

*Yo pregunte ¿solamente corrió o por qué se espantó su hija?*

*Madre de Omar: Doctor usted sabe que estas personas aunque corran, caminen o nada más con que lo vean a uno dan miedo.*

Como podemos observar la peligrosidad es un estigma latente de la enfermedad, el hecho de ver correr a un sujeto no significa que este sea un peligro o que pueda causar algún daño. El factor determinante del temor es que este sea un enfermo mental.

Una vez que Basaglia toma el control de Gorizia manifiesta sus primeras impresiones, al encontrarse con los internos comentan lo siguiente:

El enfermo que Basaglia, encuentra cuando llega a Gorizia es el enfermo aniquilado por la institución: la apatía, el desinterés, el lento y monótono pasearse con la cabeza inclinada, sin propósito, bajo los enormes portales en los patios cerrados, ciertos impulsos inmotivados (muy a menudo referidos a la enfermedad), un comportamiento sumiso de animal domesticado, la mirada perdida porque no hay donde posarla, la mente vacía porque no tiene una meta hacia la cual tender, no son más que algunos aspectos de este "síndrome" y representan la lenta, gradual, innatural adaptación a un poder que, surgido para tutelar y curar a quienes

---

<sup>50</sup> Ibidem. Pág. 98

se le confían, ha apelado al último instrumento con el que presionar en el caso de este particular enfermo: la fuerza.<sup>51</sup>

Las modificaciones que se realizan en Gorizia, comienzan con la implementación de nuevas reglas de organización y comunicación dentro del hospital, se niegan categóricamente a emplear las contenciones físicas y las terapias de electroshock, terapias recurrentes en los hospitales psiquiátricos en aquella época, se empieza a prestar atención a las condiciones de vida de los internados y a sus necesidades. Se abren espacios de agregación social, cae la separación compulsiva entre hombres y mujeres hospitalizados, se abren las puertas de los pabellones y las del hospital.

Uno de los principios fundamentales de la comunidad terapéutica es la conservación y el respeto de la individualidad del paciente, Basaglia tiene la convicción de que los pacientes son dignos de confianza y capaces de tomar sus propias iniciativas y asumir sus responsabilidades. La puesta en práctica de estos principios lleva a estructurar el hospital psiquiátrico en una nueva forma de organización, dejando de lado las formas opresoras donde se concibe al enfermo como interno y no como paciente.

En la comunidad terapéutica de Gorizia se estimulan las relaciones grupales mediante la organización de grupos de trabajo, la formación de un club, la organización de una escuela y sobre todo mediante la multiplicación de las ocasiones de encuentro y discusión. La vida comunitaria es esencialmente una vida de asamblea, entonces ya no se tratará sólo de saber qué es la enfermedad mental, ni de saber gestionar a nivel institucional, sino de luchar junto a los internados para hacer surgir su saber en contra de la producción de la enfermedad mental, es decir, de la "verdad" generada por la ciencia que tiene el efecto de excluirlos, de discriminar, de someterlos, de la imposibilidad de brindarles una alternativa.

Por lo tanto para poder desarrollar este modelo es esencial la participación de todos, pacientes, médicos, enfermeros y cualquier otro integrante del hospital psiquiátrico, todo ello con un fin común, la búsqueda del beneficio del paciente, el bienestar del interno. El modo que resulta esencial para hacer surgir la finalidad terapéutica, de la que hablamos, es el de incidir

---

<sup>51</sup> Ibidem. Pág. 136

sobre la agresividad de los enfermos, la cual será un tema frecuentemente escuchado en las asambleas cotidianas. En Goritzia las asambleas tienen el siguiente esquema:

Las reuniones de servicio tienen lugar antes o después de la cena, entre las 17 y las 19, al aire libre o en el interior, según la estación. Asisten a ellas un promedio de 15 a 30 personas. La discusión se produce de forma espontánea y sin programa. En los servicios de enfermos «crónicos», ésta se ve entrecortada por interminables silencios, pausas y rupturas, mientras que cuando se trata de enfermos en vía de curación en los pabellones de «paso», se desarrolla de una forma normal y rápida. Los debates giran alrededor de temas de orden general o de problemas inherentes al servicio. Los temas predominantes son las relaciones con la familia, el medio profesional, la sociedad o la obtención de permisos para salir. Estos permisos, en efecto, se conceden durante las asambleas, después de que el grupo de médicos y enfermeros hayan examinado las condiciones del enfermo, las hayan discutido con él y éste les haya asegurado que guardará un buen comportamiento en el exterior, un autocontrol riguroso y respetará los horarios establecidos. Estas seguridades se exigen sobre todo en el servicio para alcohólicos, donde los pacientes en vías de curación dominan la situación y son absolutamente intransigentes con respecto a la falta de palabra.<sup>52</sup>

*La madre de uno de los pacientes del sanatorio psiquiátrico Del Carmen decía: lo mejor es que ni entre ellos (se refería a los internos) se hablan, imagínese Doctor ¿sí así cómo se comportan solos? ¿se imagina dos o tres? Si a muchos de ellos ni en sus casas los quieren como los va a querer alguien más.*

La madre se refería a que los enfermos mentales no socializaban, y en verdad era así, era común verlos deambulando solos, su hartazgo por ver a las mismas personas, sus diferencias, la carencia de autonomía y de espacios, la falta de intimidad generaba que los pacientes únicamente se comunicaran para molestarte, para fastidiarse, darse algún empujón, gritarse algunas cosas regularmente no gratas, quitarse algún objeto, no más que eso.

La relación entre los internos y los médicos era nula, regularmente nosotros nos encontrábamos en el patio, lugar donde coincidían visitantes e internos, las madres a la mesa con sus hijos ofreciéndoles un poco de comida, hermanos y pacientes juntos tratando de entablar una conversación lo más estructurada posible, de pronto por la puerta de acceso ingresaba un médico, algunos pacientes se acercaban, para solicitar permiso para salir, decir que la comida estaba fea, comentar que otro interno los molestaba, por su parte el

---

<sup>52</sup> Ibidem Pág. 78 y 79.

médico los observaba, el trato era cordial, pero siempre el psiquiatra que detenta el poder ignoraba sutilmente la petición del enfermo, para que una solicitud fuera procedente tenía que provenir del familiar del interno, este último se tenía que dar a la tarea de convencer a su familiar para que posteriormente hiciera la petición formal al médico

De esta manera podemos observar que la relación entre médico y paciente no es democrática y se encuentra bastante lejos de serlo, el paciente no eligió el encierro y su opinión se encuentra enmarcada por un estigma llamado enfermedad mental el cual le impide “según la psiquiatría” desarrollar ideas coherentes y mantener una relación entre iguales con otro sujeto, aún menos con el médico que es el encargado de vigilarlo.

Para el autor la realidad del enfermo es la de ser un hombre sin derechos, la rehabilitación es posible partiendo de este hecho, de asumir que dentro de la institución psiquiátrica el interno es un sujeto alejado de cualquier beneficio de discutir con él su condición de sujeto sin derechos, el enfermo es un excluido y en una comunidad terapéutica como la que se lleva a cabo en Gorizia, se discute con él su exclusión.

Imagínese ahora a un hombre al que junto con las personas que ama, se le quita su casa, sus costumbres, su ropa finalmente todo, literalmente todo cuanto posee: será un hombre vacío, reducido a sufrimiento y necesidad, olvidado de la dignidad y del discernimiento, puesto que a quien perdido todo le sucede, fácilmente, que también se pierda a sí mismo. Lo que sabe el interno es que su única posibilidad de liberación consiste en entrar en una situación de diálogo con el otro.<sup>53</sup>

*Comenta Jaime paciente del sanatorio psiquiátrico Del Carmen, Doctor lo que usted diga es verdad, porque está sano, yo aunque un día no diga pendejadas, soy el enfermo y la razón la tiene usted. Yo estoy aquí porque ellos (se refiere a los médicos del lugar) lo dicen, no porque yo quiera. (Ese día se rasuró el bigote, argumentando que quería verse mejor)*

Los cambios que se generan en Gorizia implican un proceso en el cual se reajustan las responsabilidades de los miembros de la comunidad, comenzando justamente por los médicos, el papel del psiquiatra, el cual en una institución convencional debe custodiar al enfermo de los excesos a que puede inducirle la enfermedad, a través de estos cambios es que en principio desea y

---

<sup>53</sup> Ibidem. Pág 142.

permite el movimiento, el psiquiatra es quien sede el poder para otorgar la misma posibilidad de participación a cada uno de los miembros de la institución. Este cambio pretende reducir al máximo la dependencia que se genera en la institución psiquiátrica entre el paciente y el médico, evitar la relación paternalista del médico con el paciente, lo cual genera y acentúa la diferencia de estatus entre el paciente, los médicos y los asistentes.

Por otra parte, más allá de observar claramente como el psiquiatra detenta el poder de una institución sobre ciertos sujetos llamados enfermos, Basaglia observa que se encuentra en una ambigua posición, por un lado es un sujeto que obedece a una ciencia, por el otro tiene una tarea encomendada por el estado que es la custodia del orden. Se trata de un doble poder que la sociedad y el estado les confiere y que muestran una evidente contradicción ya que la ciencia lo obliga a salvaguardar y defender al enfermo, pues finalmente es un médico especialista, mientras que como custodio del orden debe “proteger” al hombre sano que se muestra atentado por la inseguridad que genera el enfermo mental y bajo esta contradicción se encuentra el psiquiatra.

De tal manera el psiquiatra, se ubica entre la ciencia y una función social que le fue asignada, lo cual, lo obliga a liberar a la comunidad del enfermo mental y del problema que plantea su presencia entre nosotros, los sanos, en la medida en que frente a un enfermo ya violentado por su contexto, somos nosotros quienes detentamos el poder, y esta defensa de la normalidad, genera inevitablemente una violencia desmesurada sobre el enfermo bajo el velo hipócrita de la necesidad de su curación, que no es más que mantener el orden social preestablecido.

Para concluir esta reseña de las aportaciones de Basaglia a la praxis del mundo psiquiátrico podemos indicar que uno de los principales méritos del movimiento que encabeza consistió en haber derribado, aunque parcialmente, el concepto del enfermo mental como peligroso para sí y para los demás, como amenaza para la sociedad, y de haber puesto a la sociedad como un factor de agravación para los enfermos y su padecimiento, de la misma manera que lo hizo aquella corriente denominada antipsiquiatría.

La liberación que realiza del hospital psiquiátrico convencional, no sólo permite que surja un rostro distinto del enfermo mental y de su enfermedad, la

importancia radica en que hace posible otro tipo de relación terapéutica, la cual tiene como verdadero fin la cura y bienestar del paciente.

Más allá de la relevancia del trabajo de Basaglia en la transformación de la institución, y la implementación de un modelo, lo que verdaderamente pretende el autor es que la sociedad entienda que la situación que refiere a la enfermedad psiquiátrica debe cambiar y que la institución por ende debe ser modificada, no para transformar simplemente la situación institucional, sino para que el problema de la enfermedad mental sea un problema de todos, asumido por todos y no por unos cuanto bajo el encierro.

El autor pretende que el hospital psiquiátrico ya no sea el lugar en el que se segregue lo diferente, sino que sea un sitio en el que se trata cierto padecimiento con el fin de que algún día, cercano, puede ser aceptado de nueva cuenta por la sociedad.

Una de las tesis determinantes en el trabajo de Basaglia es que considera que el diagnóstico de esquizofrenia, debiera tener un sustento científico y no encontrar su objetivo en la opresión al prójimo, y el hecho es que hoy se utiliza este diagnóstico para oprimir y para dar un juicio de valor sobre el otro. Finalmente, dice yo no puedo utilizar lo diferente para imponer la desigualdad.

La aportación teórica más importante es poner en entredicho el encuadre institucional de aquella época, desarrollando una serie de modificaciones través de un modelo llamado de comunidad terapéutica en el cual se encuentra involucrado todo el equipo del hospital, es decir, los asistentes sociales, los psiquiatras y sobre todo el núcleo más importante, los enfermos. Mediante este modelo se pretende que la institución psiquiátrica sea entendida como un conjunto orgánico y sobre todo colectivo no jerarquizado de médicos, pacientes y personal auxiliar. En la comunidad terapéutica como lo hemos mencionado las relaciones de poder se vuelven relaciones democráticas. Las cuales se caracterizan por el aprovechamiento deliberado de todos los miembros, sin importar su rango y función al interior de la institución.

## **THOMAS SZASZ: EL RADICALISMO SIN PROPUESTA.**

*¿Qué es la psiquiatría?*

*Es corriente definir la psiquiatría como una especialidad médica dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Esta definición es inútil y engañosa. La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal.*

*Thomas Szasz*

*Me llamaron loco y yo los llamé locos.*

*Y maldita sea, me ganaron por mayoría de votos.*

*(Nathaniel Lee, al ser enviado a una institución mental)*

Thomas Szasz es un psiquiatra clínico con concepciones ortodoxas que se plantea una serie de problemas intelectuales la mayoría de ellos a nivel teórico, Szasz es sin duda el autor más crítico y radical del movimiento llamado antipsiquiatría, movimiento al cual se rehúsa a pertenecer y en donde con frecuencia se encuentra encasillado -incluso realiza una aguda crítica a esta corriente, la cual más adelante expondremos-. Podemos considerarlo como la fuente conceptual del movimiento antipsiquiátrico, ya que pone en cuestión toda la concepción de enfermedad mental según el patrón rigurosamente médico y ético.

Su obra más importante es sin duda *Esquizofrenia. El mito de la enfermedad mental* donde pone en cuestión los esfuerzos que ha hecho la psiquiatría durante dos siglos para construir su andamiaje conceptual. El autor parte del estudio de la esquizofrenia, cuyo concepto es elaborado principalmente por Bleuler. Según Szasz, el parecido con ciertas enfermedades neurológicas con un conjunto de conductas humanas ante determinadas situaciones llevó a definir y clasificar como enfermedad un conjunto de fenómenos que nada tienen que ver con el concepto nosológico, salvo una cierta apariencia.

El extenso estudio que realiza de la esquizofrenia, el cual más adelante detallaremos, le permite a Szasz considerar que la psiquiatría se basa en

meras apariencias, en relaciones circunstanciales, en una palabra, que el “*mito sagrado de la esquizofrenia*” da lugar a que se puede considerar el mito de la enfermedad mental en general.

Su obra tuvo una gran resonancia e inclusive podemos indicar que varias de sus conjeturas siguen vigentes actualmente.

Es recurrente observar en la obra de Szasz la analogía que hace entre la psiquiatría y la religión, de la cercanía que observa entre el modelo de la ciencia y la religión, nos indica lo siguiente:

La moderna ideología psiquiátrica es una adaptación para una era científica de la ideología tradicional de la teología cristiana. En lugar de nacer pecador, el hombre nace enfermo. En lugar de ser la vida un valle de lágrimas, es un valle de enfermedades. Y así como en su trayectoria desde la cuna hasta la tumba el hombre era antes guiado por el sacerdote, ahora es guiado por el médico. En síntesis: mientras que en la Era de la Fe la ideología era cristiana, la tecnología era clerical y el experto era un sacerdote, en la Era de la Locura nos encontramos con que la ideología es médica, la tecnología clínica y el experto es un psiquiatra.<sup>54</sup>

Dicho lo anterior podemos observar que la auténtica heredera de los mitos religiosos es la enfermedad mental. La función de estos sistemas de creencias fue actuar como tranquilizantes sociales, alentando la esperanza de adquirir dominio sobre ciertos problemas mediante operaciones mágico-simbólicas sustitutivas, las cuales se encarga de llevar a cabo el psiquiatra, el médico redentor.

El concepto de enfermedad mental a los ojos de Szasz, sirve pues, principalmente como un regulador que permite sustraer a los sujetos que no siguen las normas o bien, no hacen lo correcto y reforzar que los sujeto que decidan desviarse serán categorizados de esta manera. La adhesión permanente al mito de la enfermedad mental les permite a las personas evitar enfrentarse con los problemas cotidianos y conflictos frecuentes de cualquier sujeto, en la certeza de que la salud mental, concebida como la ausencia de enfermedad mental, les asegura que harán automáticamente elecciones correctas y seguras en la vida. Lo cual le permitirá llevar una vida socialmente adecuada e individualmente acertada.

---

<sup>54</sup> Thomas Szasz, *Esquizofrenia; El símbolo sagrado de la psiquiatría*, Ediciones Coyoacan: México. 2002 p. 15

Adentrándonos a la obra de Thomas Szasz el primer cuestionamiento que realiza en su obra *Esquizofrenia; El símbolo sagrado de la psiquiatría* es ¿Qué es esquizofrenia? A lo que responde de forma categórica:

Qué quiere decir el término esquizofrenia en un sentido más primario, podríamos decir que esquizofrenia es una palabra -una idea y una "enfermedad"- inventadas por Eugen Bleuler, así como psicoanálisis es - una idea y un "tratamiento"- inventada por Sigmund Freud, y coca-cola es un nombre -una idea y un refresco- inventado por cualquiera que lo haya inventado. Lo que deseo enfatizar ahora, es que la pretensión de que algunas personas tienen una enfermedad llamada esquizofrenia (mientras que otras se supone que no la tienen) se basó tan sólo en la autoridad médica y no en algún descubrimiento médico; que fue, en otras palabras, el resultado de una decisión política y ética y no de un trabajo empírico o científico<sup>55</sup>

Esta es la introducción a una mirada radical, en la que se muestra escéptico a creer que la esquizofrenia sea una enfermedad y que el encierro en el hospital psiquiátrico sea el tratamiento adecuado para su cura, como lo considera la psiquiatría, el encierro del denominado enfermo mental que la mayoría de las ocasiones es involuntario, es con frecuencia uno de los actos que cuestiona recurrentemente Szasz en sus obras.

Los cuestionamientos que realiza a la psiquiatría y a la enfermedad mental yacen desde sus orígenes, desde la creación del concepto de Esquizofrenia.

Kraepelin y Bleuler eran psiquiatras clínicos, no investigadores médicos, de ahí que no estuvieran en ninguna posición favorable para proporcionar evidencia verdaderamente significativa que sostuviera su creencia sobre la etiología o la patología de la esquizofrenia. En vez de eso lo que hicieron fue redefinir sutilmente el criterio de la enfermedad, de la histopatología a la psicopatología –es decir, de la estructura corporal anormal al comportamiento personal anormal. Ya que, sin duda era cierto que la mayoría de las personas confinadas en hospitales mentales “se comportaban mal”, esto abrió el camino para trazar mapas de la psicopatología, identificando enfermedades mentales “existentes” y “descubriendo” nuevas.<sup>56</sup>

Una de las críticas que desarrolla Szasz a la invención de la esquizofrenia es que Bleuler enfatiza que el paciente esquizofrénico sufre de un “desorden de pensamiento” -argumento empleado en la actualidad por los

---

<sup>55</sup> Ibidem p. 13

<sup>56</sup> Ibidem p. 19

psiquiatras- manifestado por un “desorden del lenguaje”. Durante gran parte de la definición de esquizofrenia, da la impresión de que Bleuler sólo está describiendo a alguien que habla raro o de una manera diferente a la de él, y con quien él, está en desacuerdo.

*En el Sanatorio Psiquiátrico Del Carmen era recurrente escuchar entre las enfermeras, el personal de custodia e incluso los mismos psiquiatras decir que “los pacientes son incongruentes”, motivo por el cual merecían ser ignorados. Durante toda nuestra estancia en dicho hospital, todas las horas, todos los días a cada momento decía Rosa Blanca “Manuela me molesta”, una y otra vez, no se cansaba, no dejaba de hacerlo, caminado en círculos por el jardín, estoy seguro que ahora mismo debe estar diciéndolo y nunca hicieron los médicos nada al respecto. Ya que Rosa Blanca está enferma.*

Podemos observar como el concepto de “esquizofrenia” no trataba, ni trata actualmente de definir a una enfermedad, sino clasificar a un grupo de sujetos con ciertas “actitudes” denominadas “síntomas” los cuales los diferenciaban del resto de las personas. El escueto sustento científico en la etiología del padecimiento, así como en las características propias de la enfermedad hace parecer, generalmente, que la diferencia en el lenguaje o en el comportamiento de un sujeto a otro, son lo que caracteriza a la esquizofrenia como enfermedad.

Thomas Szasz indica que la esquizofrenia es el símbolo sagrado y su diagnóstico es el ceremonial sagrado de la psiquiatría tradicional de Kraepelin y Bleuler, las premisas éticas y epistemológicas en que se basa este concepto no podían, ni pueden ser, puestas en duda.

En varias de sus obras Szasz atribuye muchas de las perturbaciones actuales que sufre la psiquiatría, a la confusión del lenguaje. La psiquiatría, como otras “seudociencias”, así denominadas por el autor, alcanzarán su carácter objetivo cuando encuentren el lenguaje adecuado y éste pueda tener un sustento científico que lo respalde, indica.

Szasz nos conduce a pensar que la psiquiatra reemplazó a lo que con anterioridad se conocía como medicina de locos y los psiquiatras entonces tomaron el papel de los doctores de locos, es decir, controlaron a los desviados y no a las enfermedades. A través de esta transformación “seudocientífica” del alienista en psiquiatra, la psiquiatría se convirtió en el estudio “científico” del mal comportamiento y su control “médico”. Y la esquizofrenia es su símbolo

sagrado, lo cual les permite diagnosticar, pronosticar y aplicar terapias a cualquier sujeto que ellos juzguen que lo requiera.

De esta manera podemos observar que la creación, descubrimiento o denominación de la esquizofrenia, no identificó sólo otra “enfermedad”, como la diabetes o el cáncer, sino que justificó la práctica establecida para el confinamiento de los locos por la hospitalización.

Dicho lo anterior podemos determinar que el desarrollo de la psiquiatría moderna, difiere del la medicina moderna, ya que nunca ha existido en la medicina, ninguna clase de institucionalización sistemática involuntaria de los pacientes, ¿quién ha visto que los diabéticos o los cancerosos se encuentren segregados?. Tampoco ha existido una proliferación sistemática de nombres de enfermedades creados independientemente de sus correlativos anatómicos, bioquímicos, microbiológicos, o fisiológicos, como lo ha existido en la psiquiatría. Al respecto del procedimiento para el estudio y clasificación de las enfermedades, Szasz, también destaca las siguientes distinciones entre la medicina y la psiquiatría:

La operación del mismo principio es aparente en la identificación y la clasificación de todas las enfermedades corporales: es decir; los cambios macroscópicos patológicos en los órganos, los cambios microscópicos en los tejidos o las células, las invasiones microbianas, etc., se observan primero; y el nombrar de una manera precisa a las enfermedades ocurre después. Esta secuencia ha sido invertida y corrompida sistemáticamente en la psiquiatría: el nombrar de una manera precisa, o más bien pseudoprecisa, a las pretendidas enfermedades, ocurrió primero; y la existencia de la patología morfológica fue postulada, pero nunca se descubrió.<sup>57</sup>

Es decir, la psiquiatría primero nombra, asigna un tratamiento para dicho padecimiento y posteriormente busca las pruebas histopatológicas que puedan comprobar la enfermedad y justificar el tratamiento. Que incluso actualmente existen algunos padecimientos que siguen sin contar con un sustento científico, como es el caso de la esquizofrenia. De ahí la creación sin límites de nombres para las enfermedades en la psiquiatría, junto con una total falta de evidencia de alguna de ellas, hoy en día casi cualquier desorden social es nombrado con alguna enfermedad mental, citaré algunos ejemplos, una excesiva actividad en un pequeño es nombrada “hiperactividad”, así como la falta de concentración

---

<sup>57</sup> Ididem Pág. 165

“déficit de atención”, el restringirse de alimentos “anorexia”, el exceso de trabajo, problemas personales e incluso las situaciones que conlleva vivir en una gran ciudad, generan el denominado “estrés”, del cual, por cierto, casi nadie se salva, por el momento no estamos poniendo en tela de juicio que estas enfermedades puedan tener algunas consecuencias físicas y que verdaderamente puedan dañar al sujeto, lo que cuestionamos es que en principio son actos sociales no aceptados, los cuales generan disfunción del sujeto en su entorno y que son nombrados enfermedades mentales, para ser tratados por la psiquiatría, con el objetivo de que el sujeto pueda llevar una vida social adecuada y no dañar el contexto en el que se encuentra. A este respecto Szasz indica

Todas las dificultades y problemas de la vida se consideran afecciones psiquiátricas y todas las personas (salvo la que hace el diagnóstico) están mentalmente enfermas. En verdad, no exagero al decir que la vida misma se concibe ahora como una enfermedad que comienza con la concepción y termina con la muerte, y que requiere, en todas y cada una de las etapas del trayecto, la ayuda experta de los médicos, y en especial de los profesionales de la salud mental.<sup>58</sup>

Para concluir al respecto del concepto de esquizofrenia Thomas Szasz indica de forma categórica, como es su estilo:

La esquizofrenia no existe. La esquizofrenia no es una enfermedad, sino que sólo es el nombre de una pretendida enfermedad. Aunque no hay esquizofrenia, hay, por supuesto, innumerables individuos que son llamados "esquizofrénicos". Muchas (aunque no todas) de estas personas a menudo se comportan y hablan de maneras que difieren del comportamiento y habla de muchas (aunque no de todas) de las otras personas que las rodean. Estas diferencias en el comportamiento y en el habla, pueden, además, ser gravemente perturbadoras ya sea para la persona llamada esquizofrénica, o para aquéllos que la rodean, o para todos los que tienen que ver con ella.<sup>59</sup>

Una vez creada la enfermedad debemos tener el proceso y al especialista que se encargue de diagnosticar a un sujeto como enfermo mental, particularmente como esquizofrénico.

Por principio es importante destacar que el tratamiento médico, consiste en la acción de una persona sobre otra, el médico sobre el paciente, siempre

---

<sup>58</sup> Thomas Szasz, *Ideología y Enfermedad Mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004, p. 15

<sup>59</sup> Thomas Szasz, *Esquizofrenia; El símbolo sagrado de la psiquiatría* ..., op. cit, pp. 165 y 166

es, en parte por lo menos y aún más en la psiquiatría una acción ética, palabra sobre la que hará énfasis en esta relación. Hablando en términos estrictos, la medicina y en esta categoría incluimos a la psiquiatría, puede y debe, estar preocupada sólo con las manifestaciones y consecuencias histopatológicas o fisiopatológicas de las enfermedades, y sus tratamientos. No puede, y no debe, preocuparse por las manifestaciones lingüísticas y de comportamiento ni por las consecuencias de diferencias personales. Esto claro, es lo que se espera para la elaboración de un diagnóstico científico.

De esta manera, al basar los diagnósticos de las enfermedades en cuestiones meramente biológicas, es obvio, que las enfermedades son las mismas, sin importar el país, la estación del año, la condición social, la edad, la diabetes es una, al igual que el cáncer. La primera diferencia sustantiva que podemos encontrar son los síntomas son situacionales y contextuales, por citar un ejemplo:

Si un sujeto va a la iglesia y habla con Dios, es rezar, un acto totalmente normal y justificado, sin embargo, si el mismo sujeto dice estar hablando con Dios por la calle eso es “esquizofrenia”. En algunas culturas el suicidio es un acto justificado y honroso, no así en otras naciones, donde el sujeto que piensa en realizar un acto de esta especie es considerado un “enfermo.”<sup>60</sup>

De la misma manera que en algún tiempo la homosexualidad, que es tan solo una preferencia sexual, de igual manera fue considerada enfermedad mental. Como podemos observar, el diagnóstico de la enfermedad mental, se realiza dependiendo de una serie de factores que rodean al sujeto y que se encuentran lejos de ser cuestiones biológicas.

Sobre el diagnóstico de la enfermedad mental y su tratamiento, Szasz menciona, que se cometen un sin número de violaciones éticas y legales, derivadas de la tarea moral y social que realiza la psiquiatría. Como lo hemos mencionado anteriormente el psiquiatra se ocupa de los problemas de conducta de los humanos, por lo tanto se ve llevado, entonces, a situaciones de conflicto, a menudo entre el individuo y el grupo. El dilema al que se enfrenta el psiquiatra es determinar a favor de que bando se pone, si a favor

---

<sup>60</sup> Armando Suárez, Dirigida por *Razón Locura y Sociedad*, Siglo XXI, México 2001. *El Mito de la enfermedad mental* Thomas Szasz. p. 85

del individuo o favor del grupo. Por obvias razones, se encuentra a favor del grupo, de los mentalmente “sanos”.

Una vez que el sujeto es diagnosticado y atendido sin su consentimiento, es de esperarse que surjan un sin número de las violaciones, de las cuales mencionamos cuatro a las que hace referencia Szasz

Primero, el diagnóstico de la esquizofrenia, puede basarse en los síntomas del comportamiento de los pretendidos pacientes. En otras palabras, el hecho es que no hay un método u observación objetivos a través de los cuales, cualquiera pueda demostrar que una persona en particular, diagnosticada como esquizofrénica, no es esquizofrénica, y a pesar de ello, esto no impide de ningún modo, que la esquizofrenia sea aceptada como un diagnóstico médico psiquiátrico.<sup>61</sup>

Es decir en la práctica médica, la cual sin duda es científica, cuando hablamos de trastornos orgánicos, nos estamos refiriendo ya sea a signos o a síntomas. En cambio, cuando hablemos de síntomas psíquicos, nos estamos refiriendo a comunicaciones del paciente acerca de si mismo, de los demás y del mundo que los rodea. Finalmente hablamos de algo muy subjetivo y poco científico. La mayoría de los diagnósticos psiquiátricos, actualmente, se basan únicamente en signos.

De tal manera el psiquiatra para efectuar el diagnóstico de la enfermedad mental, se basa en cualquier criterio que deseé, desde el propio sufrimiento del paciente, hasta el sufrimiento que les causa a otros, que con frecuencia es el más escuchado.

Segundo, el sujeto, el llamado “paciente esquizofrénico”, no tiene derecho a rechazar el diagnóstico, ni el proceso de ser diagnosticado, ni el tratamiento aparentemente justificado por el diagnóstico.<sup>62</sup>

Es importante destacar que existe una diferencia considerable entre ser paciente y estar enfermo, esta idea la desarrollaremos más adelante, baste mencionar en este momento que el sujeto enfermo, no necesariamente debe asumirse bajo el control de un médico. Situación que con frecuencia soslaya la psiquiatría.

Tercero, el paciente esquizofrénico es, normalmente, considerado como “peligroso para sí mismo y para otros”, de maneras indefinidas e

---

<sup>61</sup> Ibidem, p. 168

<sup>62</sup> Ibidem, p. 168

indefinibles, pero que son diferentes de aquéllas en las que otras personas son, o todos somos "peligrosos para nosotros mismos y para otros"  
Cuarto, las anteriores características del paciente "esquizofrénico" y en especial la naturaleza de su "enfermedad" y su "peligrosidad" requieren psiquiátricamente, y legalmente justifican, su confinamiento involuntario en una institución mental.<sup>63</sup>

El tercer y cuarto punto, de los que menciona Szasz como frecuentes violaciones éticas y morales, se encuentran relacionados, ya que bajo el argumento de la peligrosidad, y de la misma forma que la justicia encierra al criminal que resulta peligroso para la sociedad, la psiquiatría encierra "en contra de su voluntad" a aquel sujeto que por su conducta no puede estar inmerso en la sociedad.

El enfermo mental y el psiquiatra, están unidos por eslabones de coerción, confusión, y confirmación. Por lo tanto, no es que la esquizofrenia sea un problema y la psiquiatría sea su solución. Szasz asegura que no existe el problema de la esquizofrenia para ser solucionado por la psiquiatría; no es la alternativa el encierro por petición familiar, no es ético que el individuo, pague el deseo social. El problema de la esquizofrenia con la psiquiatría encierra factores que conciernen a la ética a la sociedad como un grupo y los individuos como agentes morales, que deben confrontar con su inteligencia y reconciliar con su conciencia. Más allá de nombrar a un sujeto con el nombre de una enfermedad.

Al respecto de la relación médico-paciente es importante destacar algo que la psiquiatra pasa por alto, estar enfermo y ser paciente son dos variables distintas y una no es inherente a la otra. La primera implica que algo anda mal en el cuerpo, diabetes, cáncer -enfermedades en las que nos hemos apoyado a lo largo del trabajo- o cualquiera otra enfermedad, inclusive en términos de la psiquiatra podemos aceptar que algo en la mente anda mal. Pero la segunda, ser paciente, implica que la persona que posee la condición de enfermo, desea ayuda profesional para que sea tratada su enfermedad. Esto determina que el enfermo, está dispuesto a ser paciente. Podemos ejemplificar lo anterior de la siguiente manera:

En el caso del hombre que, al dirigirse a su trabajo, es víctima de un accidente. Herido y con pérdida temporal del conocimiento, es llevado al hospital.

---

<sup>63</sup> Ibidem, p. 168

Al recobrar el conocimiento, se encuentra en el rol de paciente. De ahí en adelante, su conducta -o, por lo menos, algunos aspectos de la misma- puede y debe analizarse en función del acatamiento de reglas y del desempeño de roles.<sup>64</sup>

Como se puede observar en el ejemplo anterior un sujeto, tras un acontecimiento se encuentra definido en un rol que en realidad no pretendía llevar y que debe asumir -en un caso tan obvio como el anterior- por el bien de su salud.

Dicho lo anterior pudiera considerarse que ser paciente es una cuestión voluntaria o en el peor de los casos involuntaria, pero necesaria y aceptada por el sujeto, sin embargo, para la psiquiatría se abren otras dos variables frente al rol de paciente, el voluntario y el involuntario, el segundo es el que no desea serlo y por solicitud ajena le es asignado este rol. Esta segunda posibilidad pudiera considerarse exclusiva de las enfermedades mentales, ya que es en este tipo de padecimiento donde la familia puede argumentar que en efecto el sujeto lo padece y debe ser atendido, la psiquiatra otorga el visto bueno y aunque el paciente se niegue a recibir la atención, será asistido, bajo el argumento de que la insania mental no le permite estar consciente de su padecimiento.

El acto social del tratamiento médico, se lleva a cabo, no por el simple hecho de que el paciente ha enfermado, es el deseo de ser curado y está dispuesto a someterse a la cura, lo que justifica el tratamiento médico de cualquier enfermedad, en términos generales es el consentimiento lo que permite el tratamiento. Sin embargo, el tratamiento involuntario es el que opera con mayor frecuencia en psiquiatría.

Como lo mencionamos anteriormente esta modalidad de paciente involuntario no opera para otro tipo de enfermedades, por ejemplo un paciente con cáncer de colon, no es sometido a un tratamiento de quimioterapia en contra de su voluntad, inclusive en caso de no querer ser atendido por el oncólogo, no lo forzarán a acudir a consulta y aún menos será internado para su tratamiento en contra de su voluntad. De igual manera podemos observar que el diabético con una evolución considerable de la enfermedad no puede ser dializado contra su voluntad, aún cuando sea necesario médicamente.

---

<sup>64</sup> Thomas Szasz, *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*, Argentina, Amorrortu, 1994. p.p 177 y 178

A este respecto Szasz indica:

En tanto los llamados pacientes mentales son colocados involuntariamente en el rol de pacientes mentales, esto es, en tanto no desean para nada ser pacientes sino que desean que los psiquiatras los dejen en paz, no son, en mi opinión pacientes. Son prisioneros. O son pacientes sólo en el sentido metafórico, por el hecho de que sus psiquiatras los tratan como si estuvieran enfermos, colocándolos en hospitales, alterando química y quirúrgicamente sus cerebros.<sup>65</sup>

El procedimiento del internamiento está basado frecuentemente en los conceptos de enfermedad mental y peligrosidad, los cuales se han encargado de estrechar la psiquiatría, bajo el argumento de que un sujeto con una perturbación mental es “peligroso para sí mismo y para los demás”.

Sin embargo es importante cuestionarnos bajo el argumento de peligrosidad el siguiente ejemplo:

Un joven, de aproximadamente 18 o 20 años de edad, un estudiante o una sujeto que trabaja, que suele salir los fines de semana en compañía de sus amigos a tomar algunas copas, al volver a casa conduce a exceso de velocidad ¿Quién no ha visto eso? ¿Quién no lo considera peligroso? ¿No son estos jóvenes peligrosos? y no por ello son internados en un hospital psiquiátrico.

Lo que juzga la psiquiatría con mayor frecuencia, no son los signos o los síntomas que pueden conllevar a la peligrosidad como se argumenta, es la funcionalidad, en medida que el enfermo mental, cumpla su rol, en cualquiera que este se encuentre, pareja, estudiante, hermano, padre, trabajador, no será juzgado. Es en la medida que decida abandonar este rol, cuando le es asignado el rol de enfermo, más tarde será hospitalizado y la psiquiatría se encargará de que cumpla este nuevo papel, lo que permitirá que de nueva cuenta el grupo continúe con sus ocupaciones.

Una vez el sujeto recluido en el hospital psiquiátrico podemos observar que el sistema de éstos apunta a promover determinados valores y actuaciones y a eliminar otros. Finalmente el objetivo del hospital psiquiátrico es convertir a las personas internadas en mentalmente sanas. La existencia de estos hospitales “teóricamente” obedece al propósito de ayudar al individuo a superar sus dificultades, sin embargo, en realidad obedece al propósito de ayudar al orden social establecido. Al respecto Szasz indica lo siguiente:

---

<sup>65</sup> Armando Suárez, Dirigida por *Razón Locura y Sociedad*. ...,op. cit, p. 92

El objetivo primario de los tratamientos psiquiátricos –ya sea que utilicen como métodos los fármacos, la electricidad, la cirugía o la contención y especialmente si son impuestos al paciente sin su consentimiento- es autenticar al sujeto como “paciente”, al psiquiatra como “médico” y a la intervención misma como “cura”. Los costos de esta ficción son elevados: se requiere, en efecto, el sacrificio del paciente como persona.<sup>66</sup>

Una vez que es llevado con engaños a la clínica -en los casos en los que no se miente al paciente al menos se le coacciona o en el mejor de los casos se le persuade- el individuo es sometido a un nuevo engaño establecido por los psiquiatras y este es hacerle creer que su mejoría reside en hacer aquello que aparentemente no quiere hacer, como si pudiera ser juzgado por algo que no sean sus propios deseos.

Acercándonos a un enfoque más sociológico de Thomas Szasz, la enfermedad mental es concebida como la deformación de la personalidad y por lo tanto es considerada la causa de la falta de armonía entre los hombres. Implícita en esta concepción esta la idea de que la interacción social es intrínsecamente armoniosa, y su perturbación solo obedece a la existencia de “enfermedad mental” en algunas personas.

Como podemos observar claramente, a pesar de desarrollar un tema sobre cuestiones médicas como pudiera ser el cuestionar un padecimiento y más aún bajo lo óptica de un psiquiatra, la cercanía de este padecimiento con los aspectos sociales, es lo que nos invita a estudiar el caso como sociólogos.

En relación con lo anterior Szasz indica que la psiquiatría esta mucho más íntimamente vinculada a los problemas éticos y sociales que la medicina general. Y considera que la palabra psiquiatría es una disciplina que se ocupa de los problemas de la vida, y no para aludir a la que se ocupa de las enfermedades cerebrales, que es en todo caso la neurología.

El hecho de afirmar que el hombre es un ser encaminado hacia el acatamiento de reglas implica algo más que decir que tiende a actuar sobre la base de las reglas que se le proporcionaron, sin importar quien se las haya otorgado, la familia, sociedad, un grupo, una institución. El hombre también muestra tendencia a actuar oponiéndose a ellas, esto es las denominadas “antirreglas”.

---

<sup>66</sup> Franco Basaglia y Franca Basaglia Ongaro, preparada por *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*, artículo de Thomas Szasz *¿A quién sirve la Psiquiatría?*, México, Siglo XXI, 1981. p 309.

Este principio de lo referente y lo opuesto, que representan una dualidad inherente en cualquier acto, esta significación bivalente y antitética es inseparable a la capacidad del hombre para elaborar y utilizar toda clase de palabras, reglas.

Desde el punto de vista social, las antirreglas son muy importantes en la conducta de las personas. Así los sujetos tienden a estructurar y ver su mundo en función de las reglas que se les enseñó, más las opuestas.

Es necesario subrayar, asimismo, que mientras el acatamiento positivo de reglas asegura la armonía social e interpersonal, es incapaz por sí solo de satisfacer las necesidades humanas referentes a la autonomía y la integridad personales. Para satisfacer estas necesidades, es indispensable que el individuo siga sus propias reglas. Las reglas más simples que la persona tiende a vivenciar como propias son antirreglas. Que en el caso de los enfermos mentales son con mayor frecuencia más importantes y más empleadas.

Dicho lo anterior podemos considerar, por ejemplo, las simples reglas dadas en los Diez Mandamientos que establece la religión católica. Algunas son prohibiciones, por ejemplo, no matar, no robar, no levantarás falsos testimonios ni mentirás, no fornicar, no desearás a la mujer de tu prójimo. Es evidente que cada una de ellas implica y sugiere su opuesta. La orden de no matar crea la idea de que sería posible hacerlo, no mentir, permite la idea de hacerlo. En general las leyes divinas o terrenales, están destinadas a reprimir predisposiciones anteriores a ellas, hacer de una regla, una antirregla. Es decir antes de que existiera un mandamiento que indicara que era pecado matar, la gente se mataba.

Al respecto Freud en Tótem y Tabú:

En efecto, no es preciso prohibir lo que nadie anhela hacer, y es evidente que aquello que se prohíbe de la manera más expresa tiene que ser objeto de un anhelo.<sup>67</sup>

Incluso el hombre es tan consciente de que las leyes pueden ser violadas por los deseos de algún hombre, que aunado a las leyes crean el castigo para aquel que no las cumpla. De tal suerte el sujeto tiene la obligación social de

---

<sup>67</sup> Freud Sigmund, Obras Completas, Tomo XII, Tótem y tabú y otras obras (1913-1914), Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004, pag. 75

acatar las reglas, esto es, el rol que le asignan, en el momento que incumple las reglas y su rol, le es asignado otro, el de “enfermo mental”, aún cuando no quiera ese papel, este le será asignado por la coerción social, familiar, psiquiátrica o institucional. La psiquiatría garantizará que sea cumplido este nuevo rol y la solución es recluirlo en una institución hospital psiquiátrica

Una vez desarrollada la idea del acatamiento de las reglas desde la perspectiva de Szasz, nos daremos a la tarea de reconocer la función y transmisión de las reglas. Un sujeto debe aprender una gran variedad de reglas, que Szasz dividirá en tres clases, de las cuales realizaré una breve reseña:

En primer lugar se encuentran las reglas biológicas: estas reglas constituyen una parte especial de la vasta categoría denominada, Leyes de la Naturaleza. A esta categoría corresponde, por ejemplo, la necesidad de comer para asegurar la supervivencia. En suma, estas reglas atañen a la física y la química del cuerpo en relación con su medio material o no humano. La finalidad de las reglas biológicas es la supervivencia del individuo desde la perspectiva corporal o física, son innatas.

En el segundo puesto están las reglas sociales, religiosas o morales: todas las leyes prescriptivas que gobiernan las relaciones sociales, sea que emanen de un supuesto Dios único, de una multiplicidad de deidades, del destino, de la cultura o de la sociedad, pertenecen al grupo de las reglas sociales, religiosas y morales.

En nuestros días, el término “reglas sociales” designa todas las reglas que provienen de las prácticas predominantes en un grupo social. Si el individuo desobedece o desconoce en medida significativa las reglas sociales, será incapaz de sobrevivir. De tal manera la supervivencia social depende de que la persona se adapte a las reglas.

La existencia y perdurabilidad de las reglas sociales -independientemente de las fuentes que el hombre puede haberles atribuido- prueba el inmenso poder de la necesidad humana de acatar ciertas reglas. En realidad, la necesidad del hombre de contar con reglas y su tendencia a acatarlas sólo se equipara con su ardiente anhelo de liberarse de ellas.

Finalmente encontramos las reglas imitativas o interpersonales: las cuales se aprenden, sobre todo en la infancia, imitando el ejemplo que ofrece

alguna otra persona. Son ilustrativos los innumerables casos de *niños que miran*, en sentido tanto literal como metafórico, a sus padres, hermanos o pares; *para ver cómo deben actuar*. Su conducta se basa en el ejemplo.

Recuerdo un ejemplo que citaba con frecuencia el Dr Paya: *“me encontraba en un café y de pronto volteé y me estaba mirando una niña pequeña, estaba en brazos, de pronto le alcé las cejas y ella lo hizo conmigo. Quizá ni siquiera sabía hablar y ya se encontraba interactuando”* Esto es un claro ejemplo de una regla imitativa.

La línea de demarcación entre reglas imitativas y sociales no siempre es clara o definida. Algunas reglas sociales se adquieren por imitación. Por otra parte, como las reglas imitativas se forman, en gran medida, en la familia, constituyen un verdadero subgrupo o subdivisión específica de la clase más amplia de las llamadas reglas sociales.

Los conceptos de acatamiento de reglas y de adopción de roles derivan de la primicia de que es posible estudiar en forma fructífera la conducta personal, considerando que la “mente” del hombre es producto de su medio social. En otras palabras, si bien en la conducta existen determinadas invariantes biológicas, la pauta específica de los actos humanos, está determinada en gran medida, por roles y reglas. En consecuencia, la antropología, la ética y la sociología son las ciencias básicas de la función humana, puesto que tratan los valores, metas y reglas del comportamiento del hombre.<sup>68</sup>

Insertándonos en un aspecto más de la obra de Szasz es importante destacar la crítica que realiza al movimiento antipsiquiátrico, particularmente a Laing y Cooper. Siempre se rehusó a formar parte de dicha corriente. A continuación desarrollo las discrepancias que manifiesta con dicho movimiento.

El inicio de esta animadversión se fundamenta como todo en su obra, desde el origen del término:

Yo rechazo el termino antipsiquiatría porque es impreciso, lleva a la confusión, y es una manera burda de autoexaltación, los químicos no se caracterizan a sí mismos como los antialquímistas, ni los astrónomos se llaman a sí mismos antiastrológos. Si se define a la psiquiatría convencionalmente, como la especialidad médica que concierne al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades mentales, entonces uno se encuentra sin lugar a dudas obligado a “oponerse” a la psiquiatría como una especialidad –no ya de la medicina, sino de la mitología. El mismo

---

<sup>68</sup> Thomas Szasz, *El mito de la enfermedad mental*. ...,op. cit, p. 26

término antipsiquiatra obliga implícitamente a oponer a todo lo que se hagan los psiquiatras –lo que es obviamente absurdo. En todo caso, los antipsiquiatras no definen con claridad si objetan sólo a la psiquiatría involuntaria en sus intervenciones, o si también a la que es voluntaria; a todas las intervenciones psiquiátricas involuntarias.<sup>69</sup>

La crítica de Szasz se sustenta en la incongruencia de Laing, quien en algunas ocasiones ha rechazado la idea de la esquizofrenia como enfermedad, pero ha continuado “tratándola”.

Así mismo Szasz indica que entre los psiquiatras tradicionales y los antipsiquiatras se encuentra una similitud determinante y es que ambos son radicales en su propuesta, esto es, que no se puede razonar o argumentar con ninguno de ellos. Cada uno es como un fanático religioso con el que uno no puede discutir o debatir nada que toque su credo. Tales personas permiten solo dos opciones: un acuerdo total o un desacuerdo total.

Bajo la mirada de Szasz los antipsiquiatras han aceptado el papel central de la esquizofrenia en la psiquiatría, al igual que la psiquiatría convencional.

Mi argumento contra la psiquiatría procede de premisas bastante diferentes y apunta hacia distintas conclusiones por completo. Mi primer cargo contra la psiquiatría ha apuntado hacia las cosas que hacen, de hecho, los psiquiatras, y mi segundo cargo contra sus pretensiones contra la enfermedad que padecen los psicóticos. En pocas palabras, he mantenido que la intervención de los psiquiatras institucionales llamada “hospitalización mental” es de hecho una forma de encarcelamiento; que la imposición de tal pérdida de la libertad sobre personas inconscientes es inmoral (y en los Estados Unidos anticonstitucional); y que el fenómeno que los antipsiquiatras llaman “esquizofrenia” no es una enfermedad médica demostrable, sino el nombre de una cierta clase de desviación social o bien, conducta inaceptable para quien lo pronuncia.<sup>70</sup>

Finalmente respecto de la postura de Szasz frente a la antipsiquiatría podemos observar de nueva cuenta una postura radical ya que para él la psiquiatría y la antipsiquiatría son dos errores. La psiquiatría es un error, en términos intelectuales, como hemos mencionado con anterioridad interpreta el desacuerdo como una enfermedad y éticamente, ya que justifica el internamiento como una cura. La antipsiquiatría, por su parte es un error porque realizan una búsqueda encarnizada tras pruebas que garanticen la

---

<sup>69</sup> Thomas Szasz, *Esquizofrenia; El símbolo sagrado de la psiquiatría ...*, op. cit, p. 50

<sup>70</sup> *Ibidem*, p. 63

inexistencia de la enfermedad mental y particularmente de la esquizofrenia, sin embargo, continúan creando centros especializados para tratarla.

De igual manera destaca que la psiquiatría hace de la esquizofrenia el mito sagrado de la enfermedad mental, la antipsiquiatría una obsesión de esta “enfermedad” y su tratamiento.

Para concluir este apartado podemos indicar que para Szasz mientras la psiquiatría se siga juzgando los valores éticos y sociales y sus teorías sigan siendo oscuras y poco explícitas y día a día pretendan abarcar más y más, su mérito científico está destinado a ser limitado y cada vez más cuestionado.

Por otra parte el problema común y apremiante es que, a medida que las condiciones sociales sufren rápidos cambios, los hombres deben modificar sus sistemas de vida. Como lo hemos dicho anteriormente la vida humana es una actividad social y para juzgar la capacidad del sujeto para realizar y respetar las reglas no debe encontrarse la psiquiatría, la cual debe buscar mejor y mayor sustento científico en cada una de las enfermedades.

La enfermedad mental no está en el sujeto, con frecuencia el “enfermo” no conoce que padece una enfermedad, dicho en palabras de la propia psiquiatría no tiene la capacidad para entender su enfermedad, es el entorno, la familia la que se dan cuenta de la enfermedad. El “enfermo” desestructura, desarticula, por lo tanto, la familia no puede o no desea dejarlo a la deriva y para asegurarse de que socialmente está haciendo lo correcto, recurre al psiquiatra a la institución especializada en este tipo de pacientes, aquí se le asignará un nuevo rol el de “enfermo”.

Al respecto de las relaciones entre el paciente y el médico, “enfermo mental” y psiquiatra, Szasz, las relaciones entre psiquiatra y los paciente deben ser contractuales al máximo, y coercitivas al mínimo. En dicha sociedad, las prácticas psiquiátricas deberían ser deseadas por los pacientes que reciben la atención y aquellas prácticas que cualquiera de las partes rechacen, deberían ser prohibidas por la ley.

## ERVING GOFFMAN: LA ENFERMEDAD MENTAL VISTA COMO UNA SITUACIÓN

*El enfermo mental es un "interactuante deficiente".*

*Erving Goffman*

*Mi familia dice que estoy loco,  
El Doctor dice que estoy loco,  
Mi chava decía que estoy loco,  
Yo me siento bien, pero si todos dice que estoy loco, ¿qué me queda?*

*Interno del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen*

La importancia de presentar la teoría de Erving Goffman respecto a la enfermedad mental radica –más allá de ser o no considerado antipsiquiatra- en el enfoque sociológico que realiza al respecto. Una particularidad de la obra de Goffman reside en el hecho de que está enteramente consagrada a analizar “la situación” microsociológica. Es decir, la gestualidad corporal, la interacción comunicativa, el simbolismo del espacio y todas aquellas reglas de ritualidad que ocurren al encontrarse al menos dos individuos, uno en presencia del otro. Este análisis permite el estudio de las metáforas sociales en tanto *representaciones teatrales, ritmos, pautas de comportamiento, ritualidad*, que se manifiestan bajo una forma convencional en cada sociedad. Los valores considerados sagrados, respetados por las instituciones, los grupos e individuos que interactúan como en determinados *juegos* en los cuales los actantes calculan los efectos de comportamiento, por lo que no es de sorprender la manipulación de la información para lograr sus fines. De este análisis de la interacción el autor señala que el enfermo mental es un “interactuante deficiente”.

Goffman considera la interacción como parte sustantiva de un orden social, que comprende el respeto de las reglas si se quiere ser reconocido como gente normal. Cuando estamos ante los demás y en razón de esta misma presencia, somos vulnerables al cuerpo de los otros, de tal manera que respondemos a las palabras de los otros, que pueden atentar contra el yo social o ensamblaje simbólico; esta vulnerabilidad se comparte y sin duda es algo que se cuida por todos los individuos que ejercen una influencia y poder entre sí. Por lo tanto, la copresencia corporal lleva implícitos riesgos y

posibilidades, de ahí que las reglas sean necesarias ya que hacen posible el vínculo social.

Goffman distingue las “*reglas sustantivas*”, cuyo contenido mismo es importante (por ejemplo, no robar, no matar), de las “*reglas ceremoniales*”, cuyo objeto puede ser secundario o incluso insignificante (pensemos por ejemplo en lo que llamamos *etiqueta, buenos modales*) pero que permite a un individuo expresar el valor que concede a otro, estas últimas son muy importantes ya que tras su insignificancia aparente, se oculta la preocupación por un valor esencial, el respeto por la “cara” de los individuos, fundamento para la construcción del micro orden social.

Goffman se vale de una gran diversidad de fuentes para ilustrar sus tesis; fuentes que reúnen tradiciones muy diversas, como es la sociología durkheimiana, los planteamientos de Georg Simmel, la psicología, la teoría de los juegos, la filosofía (existencialismo sartreano, fenomenología,), e incluso, la literatura.<sup>71</sup> Goffman, parte del respeto de las reglas sociales tal y como lo hace Durkheim por medio de los ritos; el rito es “*acto formal, convencionalizado, mediante el cual un individuo refleja su respeto y su consideración por algún objeto de valor último a ese objeto de valor o a su representante*”.

Goffman muestra las tesis de naturaleza antropológica que parten del contexto de un mundo contemporáneo caracterizado por su secularización en donde el individuo se ha transformado en el valor sagrado por excelencia. Y como es sagrado, el individuo también puede ser profanado. Todo rito puede producir un rito inverso por medio del cual se puede injuriar la sacralidad de la relación, relación que se fundamenta en la interacción cara a cara. La profanación y la sacralización obedecen a códigos sociales estandarizados, como por ejemplo sacar la lengua, hacer muecas, proferir injurias, que son sancionadas por considerarlas como conductas intrusivas o de confrontación, descalificación, etcétera. La profanación de la cara del otro a menudo se ve acompañada por la profanación del sí mismo.<sup>72</sup>

En la sociedad moderna queda una infinidad de pequeños y breves rituales que se ofrecen durante la interacción en determinado contexto. Son testimonios de buena educación y voluntad por parte de quien los realiza y

---

<sup>71</sup> Nizet Jean, Rigaux Natalie. *La sociología de Erving Goffman* Editorial Melusina, España 2006. Pag 12

<sup>72</sup> *Ibidem*, p. 46.

prueba de que se posee un patrimonio de sacralidad, es decir, de manejo de rituales interpersonales. Como las reglas son sociales, siempre según la lógica durkheimiana, puede conferir un carácter sagrado a aquel al que rigen, o sea, al individuo y a la situación. De esta manera, la regla fundamental que todo individuo debe respetar cuando interactúa con otros, es *preservar la propia cara y la del otro*, esta regla exige que, en presencia de los otros, se preste cierta atención a lo que ocurre, es decir, que se muestre un cierto *compromiso* en la interacción, el cual varía en función del tiempo, el espacio, el contexto de interacción en que se está implicado. El comportamiento interaccional es diferente en un lugar público, dentro del hogar o determinada institución.

La regla de la cara constituye así la condición de posibilidad de toda interacción; es la que posibilita la creación y el mantenimiento del vínculo con el otro. Para comprender mejor el alcance de esta regla, resulta útil definir el término *cara como el valor social positivo que una persona reclama efectivamente para sí por medio de la línea que otros suponen que ha seguido durante determinado contacto*<sup>73</sup>.

La preservación de la cara puede constituir una coerción para el actuante así,

Sea como fuere, si bien su cara social puede ser su posición más personal y el centro de su seguridad y su placer, solo la ha recibido en préstamo de la sociedad; le será retirada si no se conduce de modo que resulte digno de ella. Las actitudes aprobadas y su relación con la cara hacen que cada hombre sea su propio carcelero. Esta es una coerción social fundamental, aunque a cada hombre pueda gustarle su celda.<sup>74</sup>

Es el apego emocional a nuestra cara y al respeto que el otro le profesa lo que va desempeñar ese rol que mantiene el vínculo: cuando el otro acepta la cara propuesta por nuestra línea de conducta, nos sentimos ligeros, serenos, cómodos; e inversamente, cuando el otro rechaza nuestra cara o, dicho de otra manera, cuando hacemos un “mal papel”, nos sentimos humillados, avergonzados, nos ruborizamos, etc. Asimismo, no podemos asistir a la humillación del otro sin sentirnos mal, sin sentirnos molestos al ponernos en su lugar.

---

<sup>73</sup> *Ibidem*, p. 43.

<sup>74</sup> *Ibidem*, p. 43.

Otro de los componentes teóricos de la ideología Goffmiana que es importante destacar es la referencia psicológica que le permite crear su propio proceso de la producción del yo, mismo que puede entenderse como fruto de un *proceso social*, en el que se pueden identificar los siguientes tres componentes:

- 1) *El juego (tanto con un sentido lúdico como teatral) y sus interpretaciones.* El yo se produce por efecto del compromiso de los interactuantes en la interacción. En particular, se produce por los actos, verbales y no verbales, realizados por el actuante, así como por la interpretación que los otros hacen de ellos. El yo no es pues el simple resultado del rol desempeñado por el individuo (o de la línea de conducta que ha elegido): depende igualmente de la mirada, de la palabra, del gesto del otro puesta en ese rol. El comentario siguiente de Goffman: “La naturaleza más profunda de un individuo no va más allá de la piel, de la espesura de la piel de sus otros”. Por lo tanto, el punto de vista goffmaniano no define el yo por el acceso a profundidades secretas: el yo es un efecto de superficie, que depende a la vez del juego del actuante y de las interpretaciones que de dicho juego hacen sus participantes. Es consecuencia de una interacción comunicativa que incide recíprocamente en determinado contexto.
- 2) *La sacralidad de la cara.* En este proceso social de producción de la identidad hay también, además del juego de los actuantes, una regla fundamental a criterio de Goffman: la sacralidad de las “caras” individuales. Sin esta característica central del orden social, que confiere valor a los individuos, el juego no tendría un objetivo muy claro. Además, el análisis de la relación denominada cara a cara, permite comprender la construcción de la realidad social a partir de la cotidianidad más pequeña. Por eso la razón de ser del juego es contribuir a la veneración y a la sacralización de los individuos.
- 3) *Los fundamentos ceremoniales del yo.* Finalmente, ese proceso social solo permite producir individuos dignos si estos disponen de cierto número de recursos, (los objetos, los espacios necesarios para cuidar del propio aspecto o manifestar su deferencia personal, el respeto, debido a la esfera ideal del otro). De ahí, también, toda la importancia del contexto, que puede tener como efecto limitar el acceso a esos medios indispensables para la producción de un yo humano –como en el caso de las “instituciones totales”- o, por el contrario, facilitar dicho acceso.<sup>75</sup>

Estos tres componentes del proceso social por el cual se constituye el yo muestran que la identidad no puede resultar únicamente del juego de los

---

<sup>75</sup> *Ibidem*, p. 99

actuantes, sino que reclaman un orden social estructurado por reglas proporcionadas llevadas a cabo por medio de ceremoniales para aplicarlas. El actuante solo puede elegir la máscara que llevará (la cara que representara ante los otros) dentro de los límites de lo compatible con el respeto de las reglas y de las formas ritualizadas. El juego está, por lo tanto, circunscrito a las reglas y los recursos ceremoniales; al mismo tiempo, estas reglas y recursos posibilitan el juego.

Ahora bien, abordando el tema de la enfermedad mental, desde la perspectiva de Goffman, podemos indicar que a partir de la experiencia en el Hospital Psiquiátrico de *Saint Elizabeth's*, en Washington, permitió el estudio directo sobre el terreno de la vida de los enfermos allí recluidos, donde pasaba su tiempo con ellos y estudiaba sus formas de interacción, la organización de sus distracciones, su trabajo, la manera en que utilizaban y aprovechaban los espacios así como los objetos; también analizó las relaciones interpersonales, interno-interno e interno-institución.

Goffman es un sociólogo de la situación por lo que se acerca a la institución por medio de la etnografía. Centra su atención, como decíamos, en el papel de los espacios, el intercambio de los objetos y de la comunicación. En sus escritos, diferencia entre los llamados ajustes primarios (relacionados con la adaptación a las normas y funciones) y los ajustes secundarios que llevan a cabo los pacientes internados por su cuenta, tratando de sacar el mejor provecho de la situación de cautiverio. Fruto de este estudio en 1961 se publica "*Internados ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*". En esta época su vida coincide con su objeto de investigación ya que su esposa Angélica enloquece y se suicida en 1964. Más tarde en 1969 escribe, "La locura del "puesto"<sup>76</sup>, en el que examina las interacciones del enfermo mental con los que le rodean. En este trabajo Goffman propone que el sujeto, considerado loco, rompe las reglas de la ritualidad, desdibuja los roles de la familia y no sostiene el puesto social asignado. En ese sentido, la familia se ve impugnada como modelo, como discurso y los puestos asignados padre, madre, hijos son cuestionados de tal suerte que el sujeto a través de sus síntomas termina por enloquecer la situación. El síntoma psiquiátrico coincide

---

<sup>76</sup> Ibidem. 20

con el comportamiento socialmente desviado o que atenta en contra del orden de la interacción.

En esta obra, compuesta de ensayos, Goffman es reconocido como parte del movimiento antipsiquiátrico, no obstante, que no se involucra con las reformas institucionales realizadas en Europa, a diferencia de los antipsiquiatras que intervienen directamente en experiencias concretas e incluso inciden en las políticas públicas como es el caso de Franco Basaglia. Goffman se interesa por las instituciones totales, esencialmente para comprender como éstas destruyen la identidad simbólica (y a veces corporal) de los internos; inicia esta obra con una definición de la institución total como: *“un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.”*<sup>77</sup> Los ejemplos dados por Goffman en este tipo de instituciones son, además del hospital psiquiátrico, las organizaciones que se ocupan de las personas inofensivas pero incapaces de cuidar de sí mismas, los lugares de reclusión para personas consideradas como una amenaza para la colectividad, las instituciones creadas para llevar a cabo una tarea y, finalmente, los establecimientos religiosos que proponen un lugar de retiro fuera del medio mundano.

El primer ensayo de esta obra analiza las características de las instituciones totales, dedicándose a la descripción de los ritos y ceremonias habituales y del universo del recluso, la tesis central de Goffman es que éstas mortifican el yo, lo que significa que desbaratan su ensamblaje simbólico y dejan desvalido al individuo para enfrentar la situación de cautiverio. La forma de desbaratar el yo, de martirizarlo, se realiza a través, precisamente, de rituales y ceremonias que, en el discurso, tienen una finalidad diferente. Por ejemplo, se justifica así el corte de cabello en aras de la higiene o el aislamiento con el objetivo de salvaguardar la disciplina. Ante la mortificación Goffman demuestra que los internos reaccionan adaptándose a la situación colonizan, se infantilizan, se identifican con la autoridad –el converso- o se rebelan en un juego estratégico para defenderse.

---

<sup>77</sup> Erving Goffman. *Internados ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales...* op. cit, p. 19

El segundo ensayo estudia “la carrera moral del enfermo mental”, es decir la trayectoria de aquellos que son señalados como desviados, en este caso, el enfermo mental. Analiza esta carrera a través de fases la prehospitalaria y la hospitalaria que forman parte de la historia de estos sujetos; el tercer ensayo, está dedicado al estudio de la vida informal en una institución total, psiquiátrica; Goffman subraya la importancia de aquellas prácticas informales que realizan los internos, la forma que se apropian los espacios y los objetos, o como el autor dice, “ los ajustes secundarios”; la última parte se ocupa de los hospitales psiquiátricos y del modelo médico sustentado en la relación del cliente. Más adelante abordaremos esta obra a detalle. La figura del enfermo mental es importante en la obra de Goffman que permite comprender, por contraste, cómo funcionan las reglas de la vida cotidiana y del orden social.

Goffman estudia el orden de la interacción, ésta se realiza en determinado contexto que responde a las formas de hablar y relacionarse para salir airoso de la situación. El enfermo mental, así como cualquier otra persona que es estigmatizada, introduce “ruido” en la interacción, de forma que la pone en cuestión. Esto es más claro en el caso del enfermo mental que, al no respetar “las buenas maneras” rompe la comunicación. El enfermo mental con su actuación revela la precariedad del micro orden social y eso pone en alerta a la sociedad. Los síntomas del enfermo mental coinciden con el quiebre de la normatividad de ahí que el encierro institucional aparezca como una alternativa a la cura, cura de la sociedad. El síntoma de la enfermedad coincide con la desviación de las normas sociales, es decir, la infracción a las reglas y a las expectativas sociales. La enfermedad es considerada una forma de desviación social cuestión que es aceptada por la psiquiatría institucional. No se advierte, que las normas biológicas y las normas sociales son cosas muy distintas. Así, en “En la locura del puesto”, Goffman destaca que el enfermo mental es aquel que opta deliberadamente por no respetar las reglas de la interacción, en particular en los lugares públicos, y apunta lo siguiente:

Un lugar muy importante de los síntomas mentales consiste en los lugares públicos y semipúblicos: calles, tiendas, barrios, transportes públicos, etc. En estos sitios impera una red finísima de obligaciones que asegura el tráfico y la coexistencia ordenados de los participantes. Están delineados

modos de territorialidad personal, y se emplea el respeto de las fronteras como medio clave de ordenación de la presencia mutua. Muchos síntomas clásicos de psicosis constituyen una infracción precisa y descarada de esas disposiciones territoriales... existen intromisiones que extrañan la revelación o el ensuciamiento, como ocurren cuando a un paciente le da por desnudarse, o invita con demasiada facilidad al contacto de conversación a otros, o en voz alta reconoce cosas vergonzosas acerca de sí mismo, o se ensucia con alimentos a medio comer, o juega abiertamente con los mocos, o se mete cosas sucias en la boca.<sup>78</sup>

La madre de Juan, interno del Sanatorio Psiquiátrico, justificaba su internamiento de la manera siguiente:

*Me acuerdo que una de las razones para internarlo fue porque una vez se me escapó, ya después de varios días me dijeron por donde andaba, cuando lo encontré tenía todo el brazo cortado, y estaba bien golpeado. Ya luego me dijo que un día había tenido mucha hambre, se paró en un puesto de tacos y que iba agarrar unos tacos, el del puesto que le mete un machetazo, que me le corta el brazo, él se enoja y se agarraron a golpes, esa vez me lo dejaron bien mal. Mejor me lo traje aquí está más seguro.*

El ejemplo anterior ilustra cómo una serie de infracciones deciden el internamiento de Juan: salir de casa sin avisar, tomar alimento sin permiso, pelearse, etc. El discurso es claro: por razones de seguridad la madre decide internarlo ya que se dice imposibilitada para proteger al hijo por lo que decide dejarlo en manos de una institución psiquiátrica.

Una vez planteada la importancia de la interacción y el respeto a la cara del otro, Goffman indicará que existen individuos que no respetan todas estas reglas, corriendo el riesgo de ser considerados enfermos mentales. Las instituciones totales imponen las condiciones de vida con fines readaptadores, condiciones por demás muy particulares. El enfermo mental no es, para Goffman, alguien que sería portador de una u otra disfunción psíquica sino, ante todo, aquel que no respeta las reglas de la interacción. El que finalmente “enloquece la situación”.

Sociológicamente hablando, se puede plantear que los síntomas mentales son formas de comportarse inadaptadas a la situación, que a su vez,

---

<sup>78</sup> Edición preparada por Franco Basaglia y Franca Basaglia Ongaro *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión.* Artículo de Erving Goffman “*La locura del puesto*”, México, 1981

constituyan la prueba de cómo el individuo no está dispuesto a ocupar su propio puesto. Lo más importante es que los síntomas mentales no son una infracción social casual. En estos casos el ofensor parece no preocuparse por esconder la ofensa o por neutralizarla con medios rituales. Las infracciones se realizan frecuentemente en condiciones en que, por varias razones, es imposible tanto al ofensor como al ofendido resolver la situación en la que ha tenido lugar la ofensa.<sup>79</sup>

*En las visita al Sanatorio Psiquiátrico del Carmen era frecuente ver como los pacientes al estar sentados a la mesa con sus familiares (los cuales la mayor parte de la veces les llevaban comida), de manera abrupta se paraban sin ningún tipo de cortesía, les decían a gritos que su comida era horrible, sin ninguna sutileza. Los días que no querían a ninguna persona cerca lo manifestaban sin contemplaciones, sus gestos y el comportamiento agresivo eran suficiente señal para marcharnos. Salvar la situación con algunas sutilezas como: "lo entiendo señora", "discúlpelo doctor" permitían la continuidad de la interacción.*

Como hemos mencionado cuando los individuos interactúan con los demás su comportamiento debe ser comprensible para los otros, toda vez que entramos en contacto con el otro nos encontramos ante una obligación crucial: hacer nuestro comportamiento comprensible y pertinente, teniendo en cuenta los acontecimientos tal y como el otro seguramente le gustaría percibirlo. Según, Goffman, sin duda puede suceder que nos veamos obligados a adoptar comportamientos que, durante un corto lapso de tiempo, pueden resultar extraños a los ojos de los demás; pero enseguida nos ocupamos de añadir las indicaciones que permiten comprender mejor nuestros actos. Citaremos el siguiente ejemplo:

Una persona que se espera en una parada de autobús en medio de una manzana, a veces adelanta la cabeza por encima de la acera y mira fijamente hacia su izquierda es de suponer que para determinar cuando llega el autobús, aunque tendrá tiempo más que suficiente para prepararse a subir cuando el autobús efectivamente de vuelta a la esquina...una azafata de avión que está a mitad de pasillo desde la cocina y recuerda algo que la obliga a darse vuelta y deshacer el camino recorrido, chasquea los dedos de la mano derecha y mueve la cabeza como si se enfadara con sigo misma, con los cual ofrece muestra claramente visibles de que , por lo menos, o esta desorientada y conserva los sentidos y, a demás, esta lo

---

<sup>79</sup> Edición preparada por Franco Basaglia y Franca Basaglia Ongaro *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión...* op. cit, p. 275

bastante segura de sí misma como para dividirse en dos a fin de que una parte juzgue claramente a la otra.<sup>80</sup>

En estas circunstancias, nos vemos obligados a dar pruebas de que estamos cuerdos, antes de ser considerados locos, ya sea por medio de las palabras o la expresión corporal. Por ello, sin duda, la mejor manera de facilitar al otro la interpretación del comportamiento y una adecuada interacción es respetar las reglas, haciéndonos previsibles ante los demás. El individuo en la sociedad, no puede “no comunicar”, siempre emite señales, por más callado o inmóvil que se encuentre. A este respecto Goffman va a desarrollar esta regla de la legibilidad de los comportamientos con dos inflexiones diferentes: por un lado señala que la legibilidad de los comportamientos evita que el actuante sea visto como un enfermo mental, por otra parte indica que la legibilidad evita que el actuante sea considerado peligroso.<sup>81</sup> Si los actos e intenciones no son comprendidos por los demás, esto puede suscitar la impresión de peligro en su entorno y ponerlos en un estado de alerta, para hacer frente a la amenaza. Respetar las reglas de la interacción es el mejor modo de respetar la cara de los otros y, por supuesto la propia, de forma que se logre un intercambio exitoso en determinado lugar. Cada lugar tiene sus propias reglas específicas, sus modos de actuar y representar ciertos papeles. En este juego de respeto a la norma están, al menos, involucrados tres participantes: la personas que pueden legítimamente “esperar” y exigir ser tratadas en una cierta forma, conforme a la regla; la persona que es “obligada” a actuar según la regla y la comunidad que refuerza la legitimidad de estas expectativas y de estas obligaciones.<sup>82</sup>

La forma en que se trata a los demás y se es tratado por ellos es regulado por normas sociales generales y aquellas propias del contexto particular en donde se actúa. Como indicamos anteriormente, cuando se transgrede una regla de comportamiento, los individuos corren el peligro de resultar desacreditados; una parte, por la obligación que tiene de comportarse

---

<sup>80</sup> Erving Goffman, *Relaciones en público: micro estudio del orden público*, Editorial Alianza, España, 1979, pp 141 y 142.

<sup>81</sup> *Ibidem*. p. 58

<sup>82</sup> Edición preparada por Franco Basaglia y Franca Basaglia Ongaro *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión...* op. cit, p. 263

según la regla; la otra, por la exigencia de un trato determinado como consecuencia de esta obligación. Comenta Goffman al respecto:

Mediante la socialización en la vida de un grupo, el individuo se encuentra llevado a formular suposiciones sobre sí. Si bien estas suposiciones son sobre sí mismo de todos modos son delineadas según las relaciones que sostiene con los otros miembros de grupo, y por ellos aprobadas según su relación con el trabajo colectivo.<sup>83</sup>

La sociedad y el grupo a quienes pertenece el individuo presiona para que éste pruebe su capacidad o habilidad para cumplir determinadas expectativas; pruebe aquello que supone deberá hacer, cumplir, satisfacer. Y no sólo llevando a cabo aquellas obligaciones materiales, sino también a través de la forma de comportarse en presencia de los demás. Según Goffman, un cuerpo, en presencia de otro, no puede no comunicar. Ya sea por la manera en que esta vestido, por su postura, la expresión del rostro o los gestos que efectúan, el cuerpo siempre comunica. Toda esta actuación –interacción- según Goffman se desarrolla en un escenario, para ello desarrolla una metáfora teatral, el autor nos propone que consideremos que, en este tipo de situaciones, nos encontremos ante un actuante que lleva a cabo una presentación frente a un público por lo que adopta expresiones específicas con el fin de controlar las impresiones de ese público. El lenguaje es diverso: explícito como la expresión verbal, o indirecto como la gestualidad. También refiere a los objetos y atuendos que el individuo porta, como es la ropa, los anteojos, anillos, etc. Finalmente los elementos materiales más estables como son el mobiliario y el decorado.<sup>84</sup>

El individuo al comunicar, establece lazos de forma que pertenece a grupos ya formados o a equipos, que responde a la situación. Goffman define un equipo “como un conjunto de individuos cuya cooperación íntima es indispensable si se quiere mantener una definición proyectada de la situación”.<sup>85</sup> Un equipo es entonces, un actuante colectivo que lleva a cabo una representación. Así, los miembros de un equipo tendrán que contar con la

---

<sup>83</sup> Edición preparada por Franco Basaglia y Franca Basaglia Ongaro *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión...* op. cit, p. 264.

<sup>84</sup> Erving Goffman *La Presentación de la persona en la vida cotidiana*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 2001.

<sup>85</sup> Erving Goffman *La Presentación de la persona en la vida cotidiana...* op. cit, p.

buena conducta de los diferentes participantes, con su solidaridad, mientras presenta una fachada de familiaridad ante el público. Como a menudo puede considerarse que el público también conforma un equipo, la interacción presenta dos equipos. Sin embargo, existen ocasiones en las cuales los equipos sufren fracturas ya que alguno de los miembros no puede mantener la apariencia, como sucede cuando se manifiesta un “enfermo mental”, el cual rompe con el orden requerido. En efecto, nos indica Goffman, la enfermedad mental “crea un caos” en el orden social, así como “crea un caos” en nuestro sentimiento de identidad.

Una vez expuesta la producción del yo, podemos entender los diferentes procedimientos para mortificarlo. En las instituciones totales estos procedimientos van desde el aislamiento respecto del mundo exterior hasta la pérdida de autonomía por ejemplo, los adultos reclusos deben pedir autorización para llamar por teléfono, pasando por la despersonalización como el uso de una prenda estándar, y la pérdida de control sobre los “territorios del yo” ya se trate de informaciones personales inscritas en un documento, de la imposibilidad de mantener una distancia suficiente respecto de los otros reclusos o incluso, en ciertos casos, de una alimentación forzada.

En el libro “*Estigma: la identidad deteriorada*” Goffman define como “estigmatizado” al individuo que presenta un atributo que lo descalifica en sus interacciones con el otro. Este atributo es social y consiste en la distancia existente entre el estereotipo y la identidad deteriorada. Dice Goffman sobre el individuo estigmatizado que “de ese modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser descompuesto y menospreciado”.

El estigma no viene determinado por un atributo objetivo que provenga del discurso social sino de la relación que se establece en el proceso de interacción comunicativa en cada escenario social. Goffman estima que, en relación con el estigma, los individuos se sitúan en un *continuum*; así, el más afortunado de los normales puede tener un pequeño defecto oculto que, en ciertas circunstancias, surgirá de manera molesta. El interés del estudio de los estigmas consiste en esclarecer la manera en que ciertos atributos, en una sociedad en particular, van a tener efectos en la constitución de la identidad individual en la interacción.

Así podemos indicar que los estigmas pueden ser diversos, por ejemplo marcas en el cuerpo, el comportamiento pasado de un sujeto pasado -estuvo en la cárcel, se drogaba, es homosexual, etc- y pueden estar vinculados con la pertenecía a un grupo racial, social, religioso, entre otros. Pueden ser directamente visibles, como, por ejemplo, en el caso de un lisiado, un negro o una mujer. Goffman hablará entonces de individuos “desacreditados”. Pero los estigmas pueden ser menos aparentes, como en un ex presidiario, en alguien que no domina la lengua dominante: el individuo es entonces “desacreditable”. No obstante estas marcas sociales, es importante subrayar que ellas adquieren sentido, solamente en la interacción situada. En efecto, las estrategias de los estigmatizados deberán tener en cuenta el carácter más o menos visible de su estigma. Así, los individuos desacreditados deberán resolver el malestar que se ha introducido de pronto en la interacción. Por el contrario, en el caso de los individuos desacreditables, el elemento crucial será el control del acceso a la información relativa a su deficiencia, por un ejemplo, un presidiario o una persona cero positiva. Una estrategia tal como el mantenimiento de cierta distancia frente a cualquier desconocido puede ser uno de los medios para controlar las impresiones.

Concluimos este apartado subrayando la perspectiva de Goffman acerca de la enfermedad mental que apunta al orden de la interacción. Por eso el enfermo mental es aquel que no respeta las reglas de la interacción, infringe el orden social y por tal motivo el tratamiento que se le otorga: es la profanación sistemática de su identidad. De tal manera la infracción de las reglas sociales se paga sufriendo un tratamiento extremadamente duro. Según este autor, los médicos se limitan a identificar los trastornos y a alejar al enfermo de la comunidad; no tienen interés en sanar realmente al enfermo mental, sino de controlarlo. Muchas de las instituciones que se encargan del cuidado del enfermo mental, se han manifestado como simples asilos, sin esperanza, cubiertas por una coartada psiquiátrica. Han servido para alejar al paciente del lugar en el que se ha desarrollado su comportamiento sintomático, “hecho por si mismo positivo”, pero esa función ha sido desempeñada por las rejas y no por los médicos. Tendríamos que preguntarnos ¿si en las mismas circunstancias, no existiera la asistencia médica tendrían la misma evolución? Más adelante abordaremos esta discusión.

Bajo el planteamiento de Goffman podríamos preguntarnos ¿si es el sujeto por sí sólo enfermo mental o es la sociedad la que se encarga de etiquetarlo y asignarle la enfermedad, por su comportamiento? Considero que la aportación más grande que realiza a Goffman respecto a la enfermedad mental es, otorgar una visión sociológica a este padecimiento, la cual permite una concepción distinta del sujeto, puesto que, enfermo o no, es ser interactuante, comunicativo, y en esta medida es el otro el que determina el rol que debe jugar.

## **SOCIOLOGÍA Y ANTIPSIQUIATRÍA**

La sociología sostiene que el hombre no puede concebirse fuera de lo social, y sólo dentro de lo social puede llegar a ser tal, este postulado es sostenido por la antipsiquiatría, corriente que sustenta que el sujeto que producto de sus entorno.

Por lo anterior se vuelve fundamental analizar al hombre ubicándolo en su contexto histórico y social, estudiarlo en su carácter biológico, sin olvidar sus características sociales, así cada sociedad reflejará en sus aspectos las muy distintas formas resuelven sus formas de vida.

Lo que defiende la antipsiquiatría es que la práctica psiquiátrica se ha apropiado de lo social, el comportamiento es frecuentemente sobrevalorado por los psiquiatras para emitir su diagnóstico, es en esta coyuntura donde lo normal y lo patológico, conceptos sociológicos se vuelven cruciales para entender al enfermedad mental.

Históricamente la sociología a mostrado interés en distinguir la diferencia entre lo normal y lo patológico, vale la pena destacar una de las obras fundamentales que abordan este tema, nos referimos a Las reglas del método sociológico de Émile Durkheim que elige como tema explicativo de su concepción del hecho social el problema de lo normal y lo patológico, problema a partir del cual fundamenta una de las más extendidas concepciones sobre la desviación y el control de la misma. Es importante mencionar que Durkheim no hace referencia a la enfermedad mental, pero como mencionaremos más adelante en ocasiones los psiquiatras determinan un diagnóstico en base a la normalidad y la anormalidad, lo cual se convierte en patológico.

Para Durkheim es patológico todo lo que reprobamos, y además toda sociedad necesita de la diferencia para mantener su propia integración. Para él la desviación, la anormalidad es un producto normal; la sociedad requiere la diferencia. Este planteo estructural-funcionalista, genera una concepción netamente adaptacionista, en la cual lo diferente y desviado adquiere caracteres negativos en sí.

Durkheim indica que lo desviado es aquello que es catalogado como tal por la sociedad. Esto prepara las condiciones teóricas para la emergencia de la “teoría del etiquetamiento”, que como veremos más adelante, varios de los autores que manifiestan una crítica en contra de los tratamientos convencionales de la psiquiatría, emplearan como la base de gran parte de concepciones sobre la enfermedad mental referida a los conjuntos.

De esta manera podemos observar como una “enfermedad mental” puede ser observada desde el punto de vista sociológico y esta será nuestra labor a lo largo de este trabajo, así mismo sostenemos que en ciertas ocasiones la enfermedad mental es un estatus social y no una enfermedad pues los síntomas de este tipo de padecimientos se hallan vagamente definidos y ampliamente distribuidos, y la definición de la conducta sintomática de enfermedad mental, depende, por lo general de contingencias sociales antes que médicas. De acuerdo con nuestra argumentación el paciente mental ocupa a menudo un estatus que le es asignado por la reacción de la sociedad, por lo tanto, la psiquiatría obedece a una cuestión social y no médica.

Talcott Parsons, de igual manera plantea que el enfermo mental, es un desviado del sistema y el médico el elemento de su control social. Esto da como resultado que la enfermedad es concebida como un “rol” que permite la estabilidad de la estructura, esta teoría se encuentra en concordancia con la antipsiquiatría.

Parsons establece que la desviación es necesaria como parte de un sistema, por lo tanto, es inevitable encontrar algún tipo de sujeto desviado.

Producto de la desviación y la anormalidad, deviene la psiquiatrización de la sociedad y la actual medicalización, así la normalidad debe ser contralada.

La antipsiquiatría, tal como lo expusimos desarrolla trabajos interdisciplinarios, en estos autores llegan a incidir teorías como la sociológicas, psiquiátricas y psicológicas.

La sociología y antipsiquiatría confluyen en la necesidad de la psiquiatría de “curar” y “controlar”, ya que como lo expondremos más adelante, la hospitalización en ocasiones aleja de la “cura” al paciente.

## **LA CRÍTICA Y DESACREDITACIÓN DEL MOVIMIENTO ANTIPSIQUIATRÍCO**

### **REPUNTE DE LA PSIQUIATRÍA: DSM V y CIE 10. LAS CLASIFICACIONES ABSOLUTAS**

*En su sentido primario, podríamos decir que la esquizofrenia es una palabra -una idea y una "enfermedad"- inventadas por Eugen Bleuler, así como el psicoanálisis es una palabra -una idea y un "tratamiento"- inventadas por Sigmund Freud, Y Coca-Cola es un nombre -una idea y un refresco- inventado por cualquiera que lo haya inventado.*

*Thomas Szasz.*

En este capítulo se describirá brevemente la clasificación de las enfermedades mentales realizada por los manuales psiquiátricos conocidos como DSM-V y CIE 10, la historia que presentan sobre la esquizofrenia y el proceso que siguen los psiquiatras para diagnosticar a un sujeto como enfermo mental esquizofrénico. Conscientes que no es asunto de nuestra ciencia los argumentos médicos, es importante subrayar las consideraciones sociales que tienen tales clasificaciones, sobre las que vale la pena reflexionar.

El objetivo de este capítulo es introducir al lector en las consideraciones médicas respecto de la enfermedad mental y el proceso hacia el diagnóstico y la clasificación, con la finalidad de señalar la coincidencia entre el síntoma psiquiátrico con la desviación social. Como veremos más adelante, en ocasiones la enfermedad es considerada a partir de los otros y no por el sujeto que porta la "enfermedad", lo que equivale a decir que la definición rebasa al sujeto para situarse en la relación. Por ende, pensamos que los parámetros que actualmente emplea la psiquiatría en el diagnóstico clínico se fundamentan más en razón del funcionamiento social del sujeto, que indicadores fisiológicos.

En este apartado no abordaremos temas como el internamiento del enfermo, el hospital psiquiátrico, ni el estigma que genera la enfermedad mental, únicamente se pretende acercar al lector a las aproximaciones médicas de la enfermedad y su relación con la Sociología.

## ORIGEN DE LOS MANUALES PSIQUIÁTRICOS.

Los antecedentes más importantes para cualquier psiquiatra que sustentan su práctica clínica son: en primer lugar el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* el cual en este momento se encuentra en su quinta versión, elaborado por la *Asociación Psiquiátrica Americana* y en segundo lugar, la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* de la cual se han elaborado diez revisiones, confeccionado por la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Fue hasta la sexta edición que por primera vez se incluyó un apartado de trastornos mentales. La importancia de estas clasificaciones es que a través de ellas se diagnostica actualmente a los pacientes mentales.

A lo largo de la historia de la medicina ha quedado clara la necesidad de elaborar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante el último siglo se han diferenciado básicamente en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso de la sintomatología para destacar los rasgos fundamentales que sirvan para su ordenamiento. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas, otros han incluido miles. Tal diversidad también se explica en función de sus objetivos, sean estos de carácter clínico, de investigación o estadísticos.

En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. Éste podría considerarse como el primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales y apuntaba al registro de la frecuencia de una categoría: "idiocia/locura", en el censo de 1840. En el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 el *Comité de Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana*, junto con la *Comisión Nacional de Higiene Mental*, diseñó un plan, adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales

mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística.

Más adelante la *Asociación Psiquiátrica Americana* colaboró con la *Academia de Medicina de New York* en la elaboración de una nomenclatura psiquiátrica aceptable para todo el país. Esta nomenclatura fue creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

Tiempo después, el ejército de Estados Unidos realizó una nomenclatura mucho más amplia para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial por ejemplo trastornos agudos, psicofisiológicos y de la personalidad. Al mismo tiempo, la *Organización Mundial de la Salud* publicó la sexta edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, que como lo dijimos por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura del Ejército Norteamericano e incluyó diez categorías para las psicosis, nueve para las psiconeurosis y siete para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

La *Asociación Psiquiátrica Americana* y el *Comité de Nomenclatura y Estadística* desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-I). El DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica.

Debido a la poca aceptación de la taxonomía de los trastornos mentales contenida en la CIE-6 y la CIE-7, la OMS patrocinó una revisión de los sistemas diagnósticos que llevó a cabo el psiquiatra británico Stengel. Se puede afirmar que su trabajo ha inspirado muchos de los avances recientes en la metodología diagnóstica: su énfasis es la necesidad de explicitar definiciones como medio para realizar diagnósticos clínicos fiables. Años más tarde se elaboró el DSM-II el cual según los críticos fue bastante similar al DSM-I.

Al igual que el DSM-I y el DSM-II, la elaboración del DSM-III se llevó a cabo junto a la realización de la CIE-9, el primero se publicó en 1975 y se puso en práctica en 1978, mientras que el segundo se realizó en 1974 publicándose en el año de 1980. El DSM-III introdujo una serie de importantes innovaciones

metodológicas como son los criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas. Este esfuerzo fue facilitado por el extenso trabajo empírico, realizado en aras de la construcción y validación de los criterios diagnósticos.

Por su parte la CIE-9 no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, ya que su función primordial era establecer categorías con la finalidad de hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referentes a la salud pública. Por el contrario, el DSM-III se confeccionó con el objetivo adicional de proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores. Debido al desencanto producido por la ausencia de especificidad de la CIE-9, se tomó la decisión de llevar a cabo una extensa modificación para su uso en Estados Unidos, convirtiéndose en CIE-9-MC (modificación clínica).

El uso del DSM-III constató una serie de inconsistencias en el sistema y un número de casos en los que los criterios diseñados no eran del todo claros. Por ello, la *Asociación Psiquiátrica Americana* sugirió a un Grupo de Trabajo que revisara el DSM-III y realizara las oportunas correcciones y modificaciones, con lo que se obtuvo el DSM-III-R, publicado en 1987.

En 1989, la Conferencia Internacional para la CIE-10 de la OMS recomendó que se definiera un mecanismo de actualización para que se pudieran incorporar cambios entre las revisiones. Para ese efecto, dos distintos cuerpos, el Grupo de Referencia de Mortalidad y el Comité de Referencia para la Actualización, fueron establecidos en 1997 y 1999, respectivamente, para iniciar y dar seguimiento a ese proceso.

Es lógico que todas las clasificaciones de enfermedades tiendan a volverse más complejas y exhaustivas con cada revisión o con cada nueva edición. En parte es así porque el abanico de afecciones que interesan a los clínicos o que son causa de consulta con mayor frecuencia se incrementan y por tanto, la necesidad de una clasificación sigue ampliándose, otro de los factores es la experiencia y conocimientos crecientes de los trastornos, esto suele persuadir a los clínicos de que las afecciones son heterogéneas y es necesario subdividirlas.

Empero, es difícil comprender la cantidad de clasificaciones, subcategorías y nuevos trastornos que se descubren, por no decir que se

inventan, revisión tras revisión. Al respecto se comenta:

En el DSM II, por ejemplo, los trastornos de la conducta en la niñez y la adolescencia ocupaban tan solo dos páginas y solo existía una subcategoría para todos los trastornos del sueño y otra para todas las alteraciones de la conducta alimentaria, sería bastante extenso indicar la amplitud que ahora tiene estos trastornos. Para ofrecer un ejemplo mucho más claro todo el catalogo completo del DSM II pesaba tan solo 200 gr a diferencia de los 1050 gr que pesada el DSM III y los 1320 gr del DSM IV.<sup>86</sup>

De alguna forma, las enfermedades mentales se inventan, son una construcción de una época, lo que explica cómo lo que alguna vez fue enfermedad de pronto deja de serlo, tal y como sucedió con la homosexualidad. Cada comportamiento nuevo, considerado sintomático es consecuencia de múltiples causales, que no pueden ser explicadas en profundidad a partir y únicamente desde este sistema clasificatorio, antes bien, lo que llama la atención es la naturaleza desviada, anormal o enferma del comportamiento. Fue en diciembre de 1973, con la publicación de la segunda edición del DSM-II que la *Asociación Psiquiátrica Americana* consideró a la homosexualidad un trastorno mental. Argumenta la psiquiatría que, para que una condición mental pueda considerarse un trastorno psiquiátrico debe causar regularmente sufrimiento emocional y/o estar asociado con un deterioro significativo del funcionamiento psicosocial, pues bien, la revisión efectuada por la *APA* no encontró que la homosexualidad reuniera estos criterios, como años atrás lo hizo, lo que ilustra la relatividad de las definiciones.

Cuando en 1980 se publicó la tercera edición del DSM-III, la homosexualidad no fue incluida como un trastorno mental. Sin embargo, sí se incluyó el término "homosexualidad egodistónica" como una categoría que describía el conflicto y sufrimiento emocional experimentado por personas homosexuales que no aceptaban su preferencia sexual y quienes manifestaban deseos intensos y/o intentos frecuentes por cambiarla. Cuando el DSM-III se revisó en 1987, la "homosexualidad egodistónica" también fue eliminada como una entidad diagnóstica, ya que la *APA* reconoció que una proporción importante de las personas homosexuales atraviesan inicialmente por una fase

---

<sup>86</sup> Helzer Johnne Hudziak James. *La definición de la Psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM IV*, Edit Ars Médica. España 2003.

en la que su orientación sexual es "egodistónica" para posteriormente volverse "egosintónica" o aceptable por ellos mismos.

Desde entonces, la *APA* ha reconocido que la mayoría de los hombres y mujeres homosexuales se sienten satisfechos con su orientación sexual y no muestran señales de psicopatología. La revisión de esta asociación también encontró que la mayoría de las personas homosexuales funcionan socialmente de manera efectiva, y que los que buscan tratamiento psiquiátrico lo hacen predominantemente por razones distintas a su homosexualidad. De tal manera podemos observar y comprobar que en ocasiones la enfermedad mental no es biológica sino fruto de las interacciones sociales, del funcionamiento acorde a las reglas y rituales que establecen los hombres en cada contexto; romper la sociabilidad puede interpretarse como síntoma de una enfermedad.

Hoy en día no se reconoce ningún indicio de la homosexualidad como enfermedad mental, de esta manera, un homosexual que anteriormente era considerado enfermo, años más tarde y sin ningún medicamento ni tratamiento dejó de serlo, su enfermedad desapareció con el pasar del tiempo, el cambio de las costumbres y las percepciones culturales sobre el hecho. No obstante, ningún especialista médico reconoció equivocación alguna al desterrar a la homosexualidad del campo de las anomalías médicas. La pregunta que cabría hacer es ¿Qué tanta seriedad puede tener una disciplina como la psiquiatría que elabora padecimientos de forma indiscriminada para luego corregir e indicar que no lo son? Tal vez el problema consista precisamente en esta seriedad imputada a la disciplina psiquiátrica principalmente su práctica institucionalizada, seriedad que impide una discusión abierta con otras ciencias y que no reconoce las transformaciones, los límites y los avances de sus postulados. Cada diagnóstico aparece como una verdad inmutable e incuestionable.

Actualmente los psiquiatras consultan estos manuales con la finalidad de localizar el trastorno de la personalidad que se adecua mejor a los síntomas que presenta el sujeto considerado enfermo. La amplitud que muestran estos manuales y sus sistemáticas actualizaciones permite inferir que cada vez habrá más individuos considerados enfermos. Muestra de esto es lo que indican los anuarios estadísticos de la Secretaría de Salud (SSA) "consignan un incremento continuo y significativo en la demanda de los servicios de salud

mental, en lo que se refiere a demanda de consulta externa y en cuanto a los egresos hospitalarios siendo en 1990 de 2442 y para 1999 de 19 604, lo que corresponde a un incremento de más de 500%”,<sup>87</sup> En estos estudios anuarios se ha estimado que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que requerirá de atención médica especializada en el mundo, y al menos en México son aproximadamente 15 millones de personas las que padecen trastornos mentales, esto equivale a una sexta parte de la población.

Es importante indicar que en los medios de comunicación impera una creciente información o “desinformación” acerca de los trastornos mentales, motivo por el cual se ha incrementado considerablemente la necesidad de atención psiquiátrica, es decir, lo que antes era un niño inquieto hoy es un niño con trastorno por déficit de atención, hiperactivo, entre muchos otros padecimientos, los constantes estereotipos de belleza generan los llamados trastornos alimenticios generalmente en las mujeres, anorexia y bulimia, de igual manera es insoslayable la situación actual de México donde diariamente se vive con “estrés” continuo y altos niveles de “ansiedad” provocados por las grandes modificaciones sociales, políticas, económicas y demográficas, predisponiendo así a la sociedad en general a un sin número de desequilibrios que repercuten directamente sobre la salud. Algunos otros estresores dentro de las grandes ciudades son la gran inseguridad a la que están sujetos. Esto lleva pensar que todas las dificultades y problemas de la vida se consideran afecciones psiquiátricas, de tal manera pudiéramos decir, vivir es estar proclives a una enfermedad mental.

Sin duda, esta creciente medicalización de la población es un dato objetivo y posiblemente no pueda cuestionarse su veracidad estadística. Pero el problema radica precisamente en la conformación del dato y en la concepción de la enfermedad: ambas parten del individuo, como si éste se conformara fuera de toda relación social, de todo grupo humano. Ningún individuo se desarrolla fuera del lenguaje, de los vínculos emocionales y las relaciones comunicativas con el otro. Los seres humanos reaccionamos en situaciones determinadas y respondemos a una historia propia. Los comportamientos denominados sintomáticos muchas veces responden a las

---

<sup>87</sup> Programa de Acción en Salud Mental. Secretaría de Salud, México, 2001.

transacciones familiares y grupales.

## **EL SURGIMIENTO DE LA ESQUIZOFRÉNIA**

Una vez presentada esta breve introducción sobre los manuales psiquiátricos, describiremos una breve historia de la Esquizofrenia necesaria para entender las formas que en la actualidad toma el diagnóstico psiquiátrico.

Antes de conocerse el concepto de esquizofrenia, los clínicos habían observado que los pacientes presentaban alteraciones en el pensamiento, rareza y extravagancia en la conducta y progresiva evolución de los síntomas hasta un estado de embotamiento, incoherencia y lentitud psicomotriz. Hecker, por ejemplo, denominó a dichas alteraciones con el concepto de “hebefrenia” que consideraba además, un estado demencial de los jóvenes; más tarde, Kalhbaum aportó sus investigaciones clínicas sobre los trastornos psicomotores (inercia, flexibilidad cética, cataplexia, hiperquinesia, manierismos) que incluyó con el término de catatonía.

Kraepelin en las sucesivas ediciones de su Tratado de las Enfermedades Mentales (1890-1907) la incluyó bajo el nombre de “demencia precoz” e identificó como rasgos característicos de la enfermedad la progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico con profundas alteraciones de la afectividad. Kraepelin distinguía tres formas clínicas de esta demencia: la hebefrénica, la catatónica y la paranoide, que tenían en común la pérdida de las conexiones de la vida psíquica. Además, el clínico alemán siguiendo el modelo de investigación de Alzheimer, con quien trabajó durante algunos años, supuso que los síntomas eran originados por una alteración de los lóbulos frontal y temporal y de las neuronas situadas en la segunda y tercera capas cerebrales, alteraciones que serían responsables del “trastorno de atención que en forma casi constante se desarrolla en nuestros enfermos”.

En 1911, Eugene Bleuler propuso designar con el término esquizofrenia al grupo de demencia precoces, porque como la mayoría de los clínicos de la época, había observado que los pacientes no estaban dementes sino que presentaban un proceso de alteración de su capacidad “asociativa” que alteraba su pensamiento (signos primarios de disociación) y originaban alteración de la expresión simbólica de los procesos inconscientes (signos

secundarios).

Bleuler consideraba la esquizofrenia como un proceso lento, progresivo y profundo caracterizado por un síndrome deficitario (negativo) de disociación y por un síndrome secundario (positivo) con producción de ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones, afectivas. Además, distinguió cuatro formas clínicas: paranoide, hebefrénica, catatónica y simple, e identificó síntomas patognomónicos para cada una de ellas.

Una valiosa descripción de los fenómenos en la esquizofrenia incipiente, fue hecha por Conrad en 1941. Analizó la fenomenología predelirante en todas sus fases, en especial la vivencia de lo que sucede alrededor del enfermo (anástrofe). Crítico severamente la confusión entre esquizofrenia y neurosis, haciendo especial mención del libro titulado “diario de una esquizofrénica”, el cual consideró falseado, puesto que, según él, el caso clínico que se presenta a lo largo del texto correspondía a una neurosis severa y no a una esquizofrénica.

En 1980 Timothy Crow propone un modelo bidimensional para la esquizofrenia: la esquizofrenia tipo 1, caracterizada por síntomas positivos delirios, alucinaciones, trastornos en la forma del pensamiento y alteraciones en la conducta y la esquizofrenia tipo 2, donde los síntomas negativos pobreza en el pensamiento, afecto plano, disminución de la actividad voluntaria son prominentes. Crow observó que los síntomas positivos tienden a ser transitorios, en tanto que la sintomatología negativa es persistente y postuló que los dos tipos clínicos se presentan en la esquizofrenia y no constituyen dos categorías diferentes de la enfermedad. Además propuso como etiología para el tipo 1, un déficit en los neurotransmisores, posiblemente una hiperactividad dopaminérgica, en tanto que el tipo 2, estaría originado por un daño cerebral.

### **DISCUSIÓN ACERCA DE LA DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA QUE OFRECE EL DSM V**

Como mencionamos, la esquizofrenia es considerada por los psiquiatras una enfermedad o un grupo de trastornos, caracterizados por alteraciones características de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento que produce una desorganización severa del *funcionamiento social*. Su importancia en el

campo de la salud mental depende tanto del número de personas afectadas, como de la gravedad del fenómeno psicopatológico, pues inicia en plena juventud y sus manifestaciones residuales o recidivantes influyen negativamente en el rendimiento académico, el trabajo productivo, la vida familiar y la calidad de vida.

Hoy en día se calcula que el riesgo de padecer esquizofrenia en la vida es del 1% y que ambos géneros tiene la misma probabilidad de presentar el trastorno. Actualmente la comunidad médica considera que la esquizofrenia es una enfermedad deteriorante e invalidante ya que causa *gran sufrimiento al paciente y a sus familiares*, que debe ser diagnosticada en forma precoz para poder limitar su gran potencial de deterioro e incapacidad. Actualmente se puede encontrar, en el DSM en su quinta versión, específicamente en el apartado sobre “Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos”, el siguiente comentario:

En este manual, el término psicótico hace referencia a la presencia de ciertos síntomas. No obstante, la constelación específica de síntomas que el término hace referencia varía entre las distintas categorías diagnósticas. En la esquizofrenia el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico.

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo dos o más de los síntomas siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).

Como podemos observar el diagnóstico basa sus criterios en los síntomas y no en los signos, la sustantiva diferencia es que los primeros son intangibles y pueden ser detectados y señalados por los familiares del sujeto, es decir, no son cuantificables o fácilmente comprobables; por su parte, los signos pueden ser verificados mediante procesos científicos y con ciertos aparatos de medición.

Otro aspecto que enseguida salta a la vista y que es importante preguntar es el siguiente: ¿qué tanto malestar presenta el paciente ante sus propias ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje desorganizado? ¿En realidad él es quien siente la necesidad de ser atendido o es la persona que le rodea la que sabe que requiere de atención?

Respecto de la conciencia que puede llegar a tener el enfermo frente al padecimiento las cifras de los ingresos que se registran anualmente en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la Ciudad de México indican que únicamente el 2% de un total de 3000 pacientes que recibieron atención se realizó de manera voluntaria, cifra que pudiera ser alarmante. El estudio realizado en el año 2002, consideró una muestra de 60 pacientes de ambos sexos (con cualquier diagnóstico psiquiátrico) que ameritaron internamiento en dicho hospital psiquiátrico dando como resultado que, en relación a sus derechos legales, el 70% de quienes ingresaron de forma voluntaria, desconocían el procedimiento para obtener su egreso voluntario y el 90% de los internados involuntariamente desconocía la manera de egresar, es decir que, aun y cuando los pacientes ingresaron de forma voluntaria no conocían la forma en la cual podían abandonar el hospital, en caso de que así lo decidieran.<sup>88</sup>

Se hace especial énfasis en un indicador temporal: que los síntomas deben permanecer al menos seis meses y un mes en fase activa; durante este periodo, la familia lleva al psiquiatría a la persona considerada enferma; teóricamente, el médico psiquiatría deberá controlar el padecimiento en el lapso señalado ya que, de no conseguirlo, tendrá que diagnosticar el tipo de enfermedad mental. De esta manera existen dos escenarios recurrentes. El primero, recae sobre el diagnóstico familiar que subestimó el cambio del comportamiento de uno de sus miembros, de tal suerte que una vez que se acude a la ayuda del médico es demasiado tarde para revertir los síntomas y es diagnosticada inevitablemente la enfermedad. De esto no se deduce una falta de cuidado o atención familiar, antes bien, se recurren a diversos remedios caseros y asistencia con magos, sacerdotes o brujos. Esto refuerza la idea de que el padecimiento proviene de una dimensión metafísica. El segundo escenario es el encuentro con el médico. Este encuentro se realiza después de recurrir a un sin fin de remedios que retrasan, a decir de los médicos, una intervención oportuna que logre revertir los síntomas de la enfermedad. El psiquiatra se muestra entonces incapaz de poner un freno a la enfermedad,

---

<sup>88</sup> Psiquis Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, AC y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez Numero 3 Mayo-Junio Vol 14 2005 "Evaluación de la capacidad de pacientes psiquiátricos para consentir su hospitalización".  
Cabello Rangel Héctor y López Murguía Fernando.

tratando únicamente de controlarla y en casos extremos de recomendar la hospitalización.

En el DSM V se puede encontrar la siguiente idea: las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastornos que han persistido durante al menos seis meses (Criterios A y C). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B).

El tema de la disfunción social es discutible puesto que diversas investigaciones sugieren que la familia es coparticipe en la aparición de la enfermedad; Feder en su libro *La Psicología del yo y las Psicosis*, indica que: "toda psicosis gira, consciente o inconscientemente, en torno a los conflictos o frustraciones de la vida familiar". Otra investigación<sup>89</sup> indica que el funcionamiento familiar en las familias de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, muestra una disfunción mayor a las familias que aquellas que no cuentan con este tipo de pacientes. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 30 personas que tuvieron al menos uno de los padres diagnosticado con esquizofrenia e internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la Ciudad de México. Para la recolección de los datos se utilizó el Instrumento de Funcionamiento Familiar diseñado por Palomar en 1998.

Los resultados obtenidos de esta investigación indican que los familiares de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez presentan un pobre funcionamiento familiar. Por lo que se refiere al área de comunicación se encuentra considerablemente alejada de los rangos establecidos como funcionales, siendo así, se puede concluir que las familias de pacientes con esquizofrenia poseen poca capacidad para expresar abiertamente las ideas, así como una falta de disposición para escuchar y respetar las opiniones de los demás. De igual forma, no pueden manejar

---

<sup>89</sup> Psiquis Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, AC y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernárdino Álvarez Numero 6 Noviembre-Diciembre Vol 14 2005 "Funcionamiento familiar en pacientes psiquiátricos diagnosticados con esquizofrenia". Elizalde León Norma Leticia, López Díaz Alberto, Tena Suck Antonio.

adecuadamente los conflictos a través de la expresión de sentimientos.<sup>90</sup>

A este respecto David Miklowitz, Dawn Velligen y Michel Goldstein establecen como hipótesis, que la comunicación desviada de padres, es un factor ambiental estresante que regula la aparición subsiguiente de un desorden del pensamiento y que representan una relevancia etiológica de la esquizofrenia. De esta forma, al obtener puntajes disfuncionales en esta área, se puede concluir que la falta de comunicación repercute tanto en la génesis como en la evolución de la esquizofrenia y que debe ser tomada en cuenta como variable predicativa.

Por otra parte, una disfunción familiar en el área de roles, fue obtenida por un mayor número de familias, lo que significa que existe confusión en cuanto a las tareas que deben cumplir los miembros de la familia y el grado de cumplimiento de sus funciones. Otra área donde existe un pobre funcionamiento familiar es la cohesión familiar lo que implica que los miembros de las familias con un paciente psiquiátrico no tengan sentido de unión ni de pertenencia; por ello es posible que haya poco apoyo y cooperación entre los integrantes para realizar diversas tareas.

Después de mostrar los resultados de este estudio podemos observar como la disfunción social que se indica debe mostrar el esquizofrénico se muestra a nivel familiar y no únicamente personal.

La categorización sobre la esquizofrenia en el DSM V describe que la alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterios D y E). En sujetos con un diagnóstico previo al trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos un mes (Criterio F). Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales

---

<sup>90</sup> Este instrumento se encuentra constituido por 56 reactivos que comprenden diez dimensiones: percepción de la relación de pareja, comunicación, cohesión familiar, falta de reglas y apoyo, tiempo que comparte la familia, roles familiares y trabajo doméstico, autonomía-independencia, organización, autoridad-poder y violencia física y verbal. Obteniéndose los siguientes resultados: los niveles de disfunción familiar son más altos en familias con un paciente psiquiátrico en comparación con otras familias. Palomar J. *Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida*, Tesis de Doctorado en Psicología. México UNAM 1998.

que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización de comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia: el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral y social.

Los síntomas característicos (Criterio A) pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos (Criterios A1-A4) incluyen distorsiones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización de comportamiento (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neuronales, subyacentes y correlacionales clínicas diferentes: la “dimensión psicótica” incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la “dimensión de desorganización” incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos (Criterio 5) comprender restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio de comportamiento dirigido a un objeto (abulia).

#### *Subtipos y especificaciones de curso*

El diagnóstico de un subtipo en particular se basa en el cuadro clínico que motivó la evaluación o el ingreso y, por lo tanto, pueden cambiar con el tiempo. Para cada uno de los subtipos siguientes se aporta texto descriptivo y criterios diagnósticos por separado:

- Tipo paranoide.
- Tipo desorganizado.

- Tipo catatónico.
- Tipo indiferenciado.
- Tipo residual.

Pueden utilizarse las siguientes especificaciones para indicar las características del curso de los síntomas de la esquizofrenia a lo largo del tiempo.

1. Episódico con síntomas residuales interepisódicos. Esta especificación se aplica cuando el curso se caracteriza por episodios en los que se cumple el "Criterio A" para la esquizofrenia y en los que hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios. Con síntomas negativos acusados puede añadirse si hay síntomas negativos acusados durante estos períodos residuales.
2. Episódico sin síntomas residuales interepisódicos. Esta especificación se aplica cuando el curso se caracteriza por episodio en los que se cumple el Criterio A para la esquizofrenia y en los que no hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios.
3. Continuo. Esta especificación se aplica cuando los síntomas característicos del Criterio A se cumplen a lo largo de todo (o casi todo) el curso. Puede añadirse con síntomas negativos acusados si también hay síntomas negativos acusados.
4. Episodio único en remisión parcial. Esta especificación se aplica cuando ha habido un episodio único en donde se he cumplido el Criterio A para la esquizofrenia y han persistido síntomas residuales clínicos significativos. Puede añadirse con síntomas negativos acusados si estos síntomas residuales incluyen síntomas negativos acusados.
5. Episodio único en remisión total. Esta especificación se aplica cuando se ha habido un episodio único en el que se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia y no quedan síntomas residuales clínicamente significativos.
6. Otro patrón o no especificado. Esta especificación se utiliza cuando hay otro patrón de curso o si es no especificado.
7. Menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Podemos observar la importancia que tienen las ciencias sociales para discernir el problema de lo normal y lo patológico en el individuo. Por tanto, nos ayuda a comprender aquellas *situaciones y entorno* en las que alguien está enfermo, y no simplemente girar en torno al "proceso patológico" individualizado, como lo hace la psiquiatría. Se propone así, una lectura que contemple un contexto mucho más amplio, que considera al sujeto formado en una sociedad compleja, entrelazada por sus instituciones y múltiples

interacciones grupales y situacionales.

Se puede ilustrar la diferencia del punto de vista sociológico frente a la perspectiva psiquiátrica. Los factores de riesgo de morbilidad indican que la esquizofrenia tiene claro predominio entre adolescentes e individuos jóvenes, siendo la edad de mayor incidencia, el período entre los 25 y los 35 años. A lo que un psiquiatra responde -fragmento de una entrevista realizada a un médico psiquiatra- lo siguiente:

E: ¿Cuál es la edad en la que se diagnostica la esquizofrenia?

P: El rango de la enfermedad puede identificarse entre los 18 y los 30 años de edad.

E: ¿Por qué le da a la gente adulta?

P: Para saberlo, ja,ja,ja, nos sería de gran ayuda saberlo. Si hay alguien que te comente algo al respecto, lo leeremos con gran avidez –responde con bastante ironía-. No sé, hay indicios, hay situaciones o mayores posibilidades para el desencadenamiento. Aunque se reconoce que una persona con las mismas condiciones no desarrolló la esquizofrenia, y quien puede, pues lo desarrolla.

E: ¿Es decir por qué no le da? –interrupción-, sigue contestando-

P: A lo mejor no está construido, es parte del problema... no, claro en algunos síntomas. Pero bueno, lo que hace característico a la enfermedad es que en estas edades sea factible su presentación; a más temprana edad tendríamos que hablar de otro tipo de padecimiento, no es que no estén síntomas similares antes o después, tendrían que incluirse dentro de otra categoría ya tendríamos que encontrar otro tipo de factores. El entorno es una parte importante, bueno vivimos en grupo, no es la sociedad la que desencadena el padecimiento, el padecimiento se presenta porque hay una predisposición a que se presente. ¿Por qué a determinadas edades? Bueno pues porque las cosas dejan de funcionar de pronto, el diabético puede ser a los doce años, a lo mejor el metabolismo de su páncreas no le dio para más, nada más tuvo esa vida, y se evidencia, también hay artritis reumatoide a determinadas edades. El entorno puede favorecer, más bien desfavorecer, con un entorno estresante...no, carente, con pocas posibilidades, con él es muy factible que se presente, va ser

que de por sí una situación frágil, se evidencia con mayor prontitud. Puede desencadenarse la diabetes a los 17 años como a los 49, igual a los padecimientos mentales, si el estrés es muy intenso, va a parecer con mayor prontitud pero sin él de cualquier manera va aparecer.

Después de conocer el punto de vista de la psiquiatría podemos afirmar que la sociología nos proporciona un marco distinto para considerar los procesos sociales, es decir lo que sucede entre las personas. Los sociólogos consideramos a la adolescencia no sólo como un proceso perturbador que tiene lugar en el interior del muchacho y que hace que se desarrollen sus senos, crezca el vello y aparezca el acné, sino también, como un complejo proceso en el que las exigencias sociales, los ideales, las esperanzas y los temores de los padres y los hábitos de las personas mayores desempeñan papeles de drama representados por la más emocionante de las crisis vitales.

Para la sociología la “enfermedad mental” no es sólo considerada como un proceso patológico que acontece en el interior del cuerpo de una persona, aún cuando esto puede ser un hecho esencial, sino como un complejo proceso mediante el cual un grupo de personas cambian su modo de considerar a otro miembro del grupo, le permiten retirarse a una posición privilegiada, pero también penalizada, y realizan todo género de adaptaciones a su apartamiento de la responsabilidad y afanes compartidos, establecen también ciertas formas de comportamiento en su contexto. Como lo mencionamos anteriormente, Goffman diría que el enfermo mental es un interactuante deficiente. Estas son las aristas que son tomadas en cuenta por la sociología consideran una perspectiva mucho más amplia y diferente del sujeto “enfermo”.

## EL TRASCURRIR DE UNA ENFERMEDAD. DEL ORIGEN AL ROTULO

*“No existen las enfermedades “mentales” sino que únicamente existen las enfermedades sociales, y que la locura no es algo que le ocurre a un hombre, sino que sucede entre los hombres.”*

*Christian Delacampagne.*

La inclusión del presente capítulo obedece a que anteriormente hemos expuesto la teoría antipsiquiátrica como una profunda discusión a las clásicas nociones de “salud” y “enfermedad mental”. Ahora pretendemos mostrar al lector que las controversias planteadas en los años 60 y 70, siguen vigentes, que aquellas ideas sobre los conceptos de normalidad y anormalidad siguen reinando la ideología social, de igual manera deseamos señalar que las enfermedades mentales sigue siendo un adjetivo recurrente para calificar lo diferente y que la sociedad es la encargada de nombrar la diferencia que más tarde ratificara el psiquiatra, con el poder que el Estado y la sociedad le ha conferido.

Como lo hemos manifestado el estudio de la enfermedad mental ha sido causa de discusiones enconadas, especialmente cuando se hace referencia a la etiología, por ello consideramos pertinente detenernos para analizar que es la salud mental, ya que a lo largo este trabajo hemos expuesto nuestro punto de vista acerca de la enfermedad mental, pero para determinar que es la enfermedad, debemos saber que es la salud mental.

La Organización Mundial de la Salud, la define como "el estado completo de bienestar físico, mental y social" y no sólo se trata de la ausencia de enfermedad, esta definición no nos dice absolutamente nada.

Otra definición indica que "la salud mental consiste en el desarrollo óptimo de las aptitudes físicas, intelectuales y emocionales del individuo, en cuanto no contraríe el desarrollo de los otros individuos". Tales definiciones son en primer término limitativas y además plantean cuestiones extremadamente complicadas de encontrar en un individuo. ¿Dónde puede encontrarse actualmente un individuo en tales condiciones? Lo anterior nos lleva a condenar por enfermo mental a todo el mundo.

Los criterios empleados frecuentemente para determinar la salud mental por los psicólogos son: autoestima, justeza de la autoimagen, crecimiento, desarrollo o autorrealización, integración de sí mismo, autonomía e independencia, percepción adecuada de la realidad, entre otros, al observar estos criterios caemos de nuevo en la cuenta en que la mayoría de estos criterios mantienen una estrecha relación con el ámbito social y la imposibilidad para determinar estos conceptos como cuantificables.

Los criterios empleados para determinar la salud mental sugieren una actitud equilibrada del sujeto lo cual le permite afrontar de manera eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero y desarrollarse de forma adecuada dentro de la sociedad.

Como podemos observar, el criterio para juzgar la sanidad mental es muy relativo debido a la grandes variaciones psicológicas y sociales que puede presentar cada individuo y cada sociedad, aunado a esto podemos determinar que la “salud mental” no es una condición estática, ya que está sujeta, como el propio individuo, a factores biológicos, sociales, psicológicos, culturales, demográficos, entre muchos otros. Por ello cada periodo histórico de las distintas sociedades se ha encargado de elucubrar diferentes concepciones sobre la “locura” o enfermedad mental,<sup>91</sup> con el objetivo de distanciar la normalidad de la anormalidad.

Una de las constantes que podemos encontrar a través de la historia es que es “normal” aquello que hace o es la mayor parte de una población, lo cual suponen que sus normas, costumbres, formas de vida y por tanto su estructura social son lo correcto y válido. Y aquello que no cumple con lo anterior es diferente, “anormal”, lo cual genera de inmediato alerta en la sociedad sabiendo que algo o alguien está poniendo en peligro su estabilidad.

Toda sociedad secreta en cierta manera sus desechos y los elimina. Sin querer volver a las comparaciones mendaces entre el organismo social y el organismo biológico, con todo hay que reconocer que el organismo social, para funcionar armoniosamente, está obligado a rechazar todo lo que no puede asimilar dentro de sus tejidos vivos.<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> Sobre la historia de la locura puede consultarse las obras de Foucault *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI Editores, 2003; *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*, Argentina, Fondo de Cultura económica, 2005; *Historia de la locura en la época clásica*, Vol. I y Vol. II México, Fondo de Cultura Económica, 2002 así como Roy Porter *Breve historia de la locura*, España, Fondo de Cultura Económica, 2003.

<sup>92</sup> Roger Bastide “*Sociología de las enfermedades mentales*” Siglo XXI, México, 2005. p. 324

La enfermedad mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples componentes biológicos, psicológicos y sociales. Para comprenderlos es necesario analizar el contexto sociodemográfico, económico, cultural y político por el que esta travesando el sujeto. Como lo hemos mencionado con anterioridad actualmente podemos asegurar que algunos desordenes mentales son producto de interrelaciones complejas entre la sociedad y el individuo.<sup>93</sup>

A lo largo de este trabajo nos centramos de manera particular en la esquizofrenia, por principio porque es prototipo de la locura, la pérdida de las facultades mentales, el descontrol en los pensamientos y de la conducta, nos llevan a que no sea vivenciada como cualquier otra enfermedad, ésta amenaza la esencia misma del ser humano, lo cual genera que se trate de un trastorno enigmático.

Aunado a ello la esquizofrenia es un problema clínico y sanitario de enormes proporciones por su incidencia, 1% de la población mundial, su aparición en la juventud, su cronicidad y sus implicaciones sociales y económicas.

El concepto de “locura” siempre ha sido estigmatizado en la sociedad y la forma de presentación del “loco” ante sus semejantes, los presuntos “sanos” los consideran la expresión concreta de la inestabilidad, de lo

---

<sup>93</sup> Para la comprobación científica de esta relación sociedad, enfermedad mental, referimos tres estudios. . Psiquis Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, AC y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez Número 2 Marzo-Abril Vol 16 2007 “Estilos de crianza en adolescentes con abuso y dependencia a sustancias”. Conclusiones: las relaciones con los padres durante la infancia, la calidez y su capacidad para infundir autonomía en los hijos, son las principales influencias para una adecuada adaptación en sus etapa adulta; de tal manera que los principales factores que reducen que un adolescente tenga conductas de riesgo son: percepción satisfactoria de la relación con sus padres y cuando los padres comunican sus expectativas respecto a sus hijos. Psiquis Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, AC y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez Número 6 Noviembre-Diciembre Vol 16 2007 “Razones para vivir, desesperanza y riesgo suicida en pacientes con trastorno bipolar con y sin intentos suicidas”. Conclusiones: El intento suicida es un problema real en los pacientes con trastorno bipolar. En este estudio mexicano, coincidimos en lo reportado internacionalmente ya que observamos una alta presencia de intentos suicidas en nuestra muestra, se concluye que uno de los factores encontrados que puede disminuir el riesgo suicida es el apego a la familia como una razón para vivir y el miedo a la muerte. Psiquis Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, AC y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez Número 4 Julio-Agosto Vol 17 2008 “Funcionalidad de familias con niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad o sin él, en la Unidad de Medicina familiar 21 del IMSS” Conclusiones. Es importante concluir que en la actualidad que el niño con Déficit de Atención e Hiperactividad, en cualquiera de sus variantes (impulsividad, agresividad y/o mixto) no debe ser marginado, estimado y debe darse apoyo del grupo familiar ya que la familia juega un papel fundamental en el desarrollo adecuado de la personalidad de cualquiera de sus integrantes, más aún cuando cursa con un problema de este tipo donde se debe propiciar que la autoestima sea elevada, facilitando la respuesta al tratamiento para superar los trastornos que el padecimiento desencadena.

incontrolable, de la peligrosidad, la anormalidad. De allí que sea incomprensible, por ello hasta no hace mucho tiempo la locura figuraba como un fenómeno exterior, ajeno a las responsabilidades sociales, se presentaba como una expresión de castigos a malas conductas o producto de señales sobrenaturales y recuérdese a modo de ejemplo los juicios de la Santa Inquisición a los poseídos por los “demonios”. Históricamente los “enfermos”, “locos” o cualquier otro nombre que se les haya asignado, sólo podrían llegar a serlo por razones individuales, ya que resulta inaceptable considerar una causa social de las perturbaciones o diferencia, en tanto la sociedad funciona perfectamente y es un sujeto el que se encuentra desajustado.

Como lo hemos expuesto en los capítulos anteriores el enfermo mental al paso de los siglos, sigue siendo el mismo ser tan enigmático e indomesticable, que pone en cuestionamiento casi toda situación en la que se presenta, el poder de la perturbación que genera, hace que el enfermo sea insoportable, al grado de la peligrosidad, pues no se puede precisar cuándo va a estallar en un ataque de cólera y cuando será apacible. Como podemos observar una de las principales características de su llamada enfermedad es de carácter social, más que médico. El sujeto pertenece a una estructura social y es esta la que denuncia la anormalidad.

Esta posibilidad del enfermo mental de desquiciar la vida cotidiana, genera que el paciente desestructure la organización doméstica, destruyendo la armonía usual, convirtiendo cada objeto cotidiano en un peligro, cada situación en una amenaza, no se sabe cómo se comportará cuando se le “saque” a la calle, al parque, cuando lleguen visitas al hogar; cada instante de su vida exige una férrea supervisión, no es la tranquilidad del paciente lo que está en juego, sino la de las personas que le rodean.

Respecto a lo mencionado en los capítulos anteriores, podemos afirmar que los conceptos sociológicos que resultan más adecuados para analizar los factores por los que un sujeto es rotulado como enfermo mental son dos, la trasgresión de las reglas y la desviación, la segunda resulta consecuencia obvia de la primera. La trasgresión de las reglas se refiere a la conducta que viola abiertamente las normas aceptadas por el grupo del cual forma parte el trasgresor. Es importante indicar que no toda violación a las normas es considerada como una enfermedad mental, la mayor parte de esas

violaciones inician con el rótulo de descortés, maleducado, pecador, por mencionar las más frecuentes.

Podemos ejemplificar las normas desde situaciones tan cotidianas como entablar una conversación, cuando dos sujetos están llevando una conversación ambos deben mirarse al rostro, sin embargo, la mirada debe ser sutil y no clavar la mirada, aunado a ello debe mantenerse a distancia prudencial, ni muy cerca, ni demasiado lejos, la voz debe ser modulada de acuerdo al tema que se esté tratando, el sujeto que no sepa establecer una conversación de forma adecuada y viole alguna de estas normas, no es considerado de primera instancia un enfermo mental, sino una persona rara, extraña, porque su conducta infringe el mundo natural, decoroso y establecido.

Al respecto de la presentación en sociedad Goffman indica lo siguiente:

Como seres humanos somos, presumiblemente, criaturas de impulsos variables, con humores y energías que cambian de un momento a otro. En cuanto a caracteres para ser presentados ante un público, sin embargo, no debemos estar sometidos altibajos.<sup>94</sup>

Para definir el término de desviación resulta conveniente emplear el concepto conforme al uso que le da Becker:

Al establecer las reglas cuya infracción constituye una desviación y al aplicar esas reglas a determinados individuos y rotularlos como marginados, los grupos sociales crean esa desviación la desviación no es una cualidad del acto que comete la persona, sino una consecuencia de que otros apliquen reglas y sanciones al "trasgresor". desviado en el individuo a quien se le ha aplicado satisfactoriamente este rótulo; la conducta desviada es la conducta que las personas rotulan de ese modo.<sup>95</sup>

Por lo anterior podemos considerar que la desviación es un producto de las respuestas de otros individuos al acto realizado por la persona.

La trasgresión de las reglas obedece a las normas sociales y en la mayoría de las ocasiones a la forma pública en la que se realice. Con el siguiente ejemplo se mostrará lo anterior.

Si alguna persona dijera que platica con los espíritus o con los muertos diríamos que esta "loca" que no actúa de forma normal. Pero que sucede con un sujeto que asiste a una sesión de espiritismo y la médium dice interactuar

---

<sup>94</sup> Erving Goffman *"La presentación de la persona en la vida cotidiana"* Amorrortu, Argentina, 2001, p.67

<sup>95</sup> H.. s. Becker Los anormales, Ciatado por Scheffer en el rol del enfermo mental Pág. 36

con “alguien del más allá”, en ese caso no lo consideraríamos un acto inapropiado ya que se trata de una “auténtica interacción”, esto es una actividad completamente lícita y sobre todo válida, ya que la sociedad las juzga adecuadas y son realizados por personas cuya participación, esta legítimamente reconocida. De la misma forma que de pronto podemos observar que una señora se encuentra en una banca del centro de Coyoacán, con un letrero indicando que puede leer el futuro en la palma de la mano, ella no es considerada loca y aún menos las personas que se acercan a que les lea la palma de la mano. O qué podemos decir de las personas que creen que los astros pueden indicarles su futuro, los horóscopos los encontramos impresos en los diarios, los escuchamos por la radio, hoy en día nadie es juzgado como loco por creer que los astros le indicarán su futuro o rigen su comportamiento.

Así podemos determinar que son ciertas transgresiones y sobre todo en ciertas situaciones en las que se llevan a cabo dichas trasgresiones, las que son juzgadas como síntomas de la enfermedad mental, como ya lo hemos mencionado son particularmente aquellas que generan que la situación sea insostenible para llevar a cabo la interacción, por ejemplo los actos exabruptos, el retraimiento, las alucinaciones, la imposibilidad de socializar por los múltiples factores que esto puede ser ocasionado, es decir, violaciones de determinadas normas sociales, las cuales frecuentemente pueden darse por sentadas en forma explícita. La mayoría de estas transgresiones se relacionan con la participación del sujeto en lugares públicos. Al respecto Szasz indica:

El mito de la enfermedad mental fomenta nuestra creencia en su corolario lógico: que la interacción social sería armoniosa y gratificante y serviría de base firme para una buena vida si no fuera por la influencia disruptiva de la enfermedad mental.<sup>96</sup>

El enfermo mental transita por la vida cotidiana trasformando situaciones cotidianas en caos, en tanto portador de síntomas sociales, enferma también el encuadre social, contamina el entorno.

Comenta la madre de un paciente: Doctor esto no es igual que vivir con una enfermedad, esto es vivir con la locura. A veces uno piensa que esto se contagia.

De tal manera las situaciones sociales incontrolables, generan ciertas predisposiciones sociales, que a la postre se convierten con más facilidad en síntomas que serán considerados parte de una enfermedad mental. Por lo cual el “anormal” o “enfermo” lo es en tanto no funciona de acuerdo con las reglas sociales impuestas, en cuanto genera anomalías.

Lo anterior nos lleva a plantearnos algunos cuestionamientos de carácter sociológico frente a la enfermedad mental ¿en qué condiciones los diversos tipos de trasgresión de las reglas llegan a ser considerados síntomas de la enfermedad mental? ¿En qué medida, en distintas fases de las carreras de los pacientes mentales, los síntomas de la enfermedad mental son resultado de la conducta y cuándo son resultados de verdaderas situaciones físicas y biológicas?

Desde nuestra perspectiva podemos encontrar dos elementos básicos, primero el rol social, aquel que desempeña cualquier sujeto, por supuesto en el caso del enfermo mental este es realizado de manera insatisfactoria, por ello se le otorga este rol de enfermo y finalmente la reacción de la sociedad, estos dos aspectos constituyen, en general, el determinante más importante del ingreso en el rol del enfermo mental.

El modelo médico tiende a aislar el síntoma del contexto en que se manifiesta, sin embargo, consideramos que es fundamental poner sumo cuidado en relacionar la conducta inadaptada con el contexto social, ya que las conductas inadaptadas son comportamientos aprendidos, de la misma manera que un comportamiento adecuado, por lo que el desarrollo y mantenimiento de una conducta inadecuada no difiere de cualquier otra conducta. Finalmente lo que queremos destacar que es una conducta deseable e indeseable, o una conducta “sana” y “enferma”, se deben en gran parte a la estructura social.

La noción de “enfermedad mental”, quéralo o no el psiquiatra, remite a criterios de adaptación social: curarse significa “entrar de nuevo en las filas de los bienpensantes”: la sociedad exige que el orden no sea perturbado: el acto psiquiátrico lo tiene en cuenta cuando el médico redacta un

certificado según el cual a un individuo debe considerársele “como peligroso para sí mismo y los demás”.<sup>97</sup>

Lo que resulta fundamental es como se identifica una conducta deseable o indeseable, adecuada o inadecuada, ya que los sujetos que muestran un comportamiento inadaptado no muestran un síntoma patológico visible, lo que muestran es una clara obstrucción del desarrollo adecuado de la estructura social que les rodea, por lo cual, se realiza la designación de una conducta indeseable con el rótulo de patológica, esto nos permite observar como esta designación depende de la sociedad en que vive el individuo. Como ya lo hemos indicado, lo que es permisible para la iglesia católica, no lo es para la musulmana o para el budismo. El adulterio es castigado penalmente en algunos países, mientras que en otros es aceptado.

Lo anterior nos permite observar que no existen conductas individuales homologadas en todas las culturas, de manera específica, lo que si podemos localizar en todas ellas es una expectativa respecto al funcionamiento de las personas adultas, expectativas o roles definidos en función de la responsabilidad familiar y social, aunado a ello existe toda una gama de refuerzos potenciales previstos para que el sujeto no pueda fallar en el cumplimiento de esas expectativas. Pese a las expectativas hay individuos que manifiestan una conducta inadaptada, es decir que no realizan plenamente el rol que les ha sido asignado y por ello no satisfacen por completo las labores creadas por su rol..

La definición de la locura es siempre una cosa social, que varía según los lugares y los tiempos; es la colectividad la que establece, de acuerdo con sus valores dominantes, la distinción entre lo normal y lo patológico.<sup>98</sup>

Podemos observar claramente que la enfermedad mental y los planteamientos psiquiátricos contienen instrumentos conceptuales que se vinculan de modo directo con la teoría sociológica, la insania, la trasgresión de las reglas, la desviación, el rol social del enfermo mental y la bifurcación de la reacción de la sociedad con el sujeto rotulado como enfermo, son los ejemplos más importantes de este andamiaje conceptual. Estos instrumentos conceptuales nos pueden permitir considerar los síntomas psiquiátricos como

---

<sup>97</sup> Maud Mannoni, *“El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis”*, Siglo XXI, México, 2000, p.19

<sup>98</sup> Roger Bastide, *“Sociología de las enfermedades mentales”* Siglo XXI, México, 2005. p. 363.

violaciones a las normas sociales de ahí la importancia de la Sociología para atender estos asuntos.

Esta formulación de la enfermedad mental planteada en términos sociológicos, equivale a afirmar que la desviación es la violación a normas, lo cual conlleva a determinadas sanciones negativas por parte de la sociedad. De esta manera podemos definir la enfermedad mental como una deficiencia de la capacidad para establecer relaciones interpersonales.

Una vez más, el paralelo entre las formulaciones psiquiátricas y las sociológicas es muy estrecho. Este vínculo se relaciona con las normas determinadas por la sociedad y constituye un síntoma para la psiquiatría.

Muestra de ello se muestra hoy en día el estrés, el cual se ha convertido en el síndrome más frecuente, el cual dependiendo el grado puede llevar al sujeto incluso a dejar de ser funcional. La situación actual de nuestro país ha permitido que día a día se viva con un estrés continuo y altos niveles de ansiedad provocados por las grandes modificaciones sociales, políticas y económicas, predisponiendo a la sociedad en general a un sin número de desequilibrios que repercuten a decir de la psiquiatría directamente en la salud.

Nuestra sociedad es una sociedad industrial, que nuestra ideología es una ideología de la producción, que la desviación se define por nuestros modos de producción y que, por consiguiente, la locura es ante todo una forma de improductividad.<sup>99</sup>

El estrés tiene causas evidentemente sociales, los cuales se encuentran en la exigencia de una sociedad cada día más demandante, la cual obliga al hombre a enfrentar problemas, los cuales en ocasiones no sabe solucionar, y debido a ello se habría perdido la confianza en sí mismo en todo sentido, al no solventar sus conflictos; el afán de la sociedad de probar constantemente sus capacidades lo llevan a experimentar la frustración por el rezago que puede mostrar en su desarrollo, algunos estresores en la Ciudad de México son la gran inseguridad a la que estamos expuestos, esta presión que la sociedad ha hecho caer sobre él, puede desembocar en una depresión<sup>100</sup>

---

<sup>99</sup> Roger Bastide *"Sociología de las enfermedades mentales"* Siglo XXI, México, 2005. p. 325.

<sup>100</sup> La depresión se define como un estado de ánimo deprimido, que se mantiene diariamente durante un mínimo de dos semanas. El episodio puede caracterizarse por tristeza, indiferencia, apatía, o por irritabilidad, y suele asociarse a cambios de distintas funciones neurovegetativas, incluyendo los patrones de sueño, el apetito y peso corporal, la agitación o el retardo motor, la fatiga, la pérdida de la capacidad

debido a la falta facultades para desempeñarse, así los problemas conflictuales del hombre en su intento de máxima integración lo llevan al máximo de desintegración. Como podemos observar estos no son más que problemas cotidianos que debido a la frecuencia o “gravedad” son consideradas patologías, las cuales son tomadas en cuenta a partir de la improductividad del sujeto, es decir, en tanto presenta los síntomas y permanezca desarrollando su labor no serán de llamar la atención dichos síntomas, en la medida en la que empiece a decrecer su producción y la sociedad observe que dejó de producir, será momento de considerarlo enfermedad.

Como lo hemos expuesto en este trabajo consideramos que la única actitud válida de comprender al hombre es considerarlo como un producto social. La relación que se establece entre factores psíquicos y somáticos es tan grande, que la sola presencia de alteraciones orgánicas no es un índice seguro de que ésta sea la causa del mal, por ello es imprescindible considerar al sujeto en su carácter social.

Los argumentos que hemos mostrado a lo largo de este trabajo llevan a plantearnos algunas preguntas ¿Vivimos en una sociedad que constantemente equipara la normalidad con salud mental?. ¿Cómo se mantienen estos estereotipos a lo largo del tiempo? ¿Cómo es que al paso del tiempo la peligrosidad se refuerza dentro del concepto de enfermedad mental?

Ahora nos daremos a la tarea de encontrar las determinantes para que la sociedad mantenga los estereotipos de normalidad y anormalidad, de sanidad y enfermedad es la imagen. Uno de los factores que resultan definitivos mostrada en los medios de comunicación de masa, esto se debe en primera instancia a los contenidos de los medios de comunicación, la televisión, la radio, cine, los periódicos y las revista, en ellos podemos encontrar una imagen abrumadoramente estereotipada del trastorno mental.<sup>101</sup>

Por principio la mayoría de los medios de comunicación acentúan los síntomas raros del enfermo mental, es frecuente observar que indican o

---

de concentración y de decisión, la sensación de culpa o vergüenza y pensamientos relacionados con al muerte. Los pacientes con depresión tienen una pérdida profunda de la capacidad de sentir placer en todas las actividades susceptibles de producirlo. Harrison, Principios de medicina interna, McGraw-Hill, México, 20002. p 2981.

<sup>101</sup> Un informe completo sobre esta cuestión se da en el texto, de Tomas Scheff, “*El rol del enfermo mental*”, Amorrortu, Argentina, 1973.

sugieren que las personas con problemas de salud mental parecen distintas y actúan en forma diferente. Es común observar en las telenovelas, series de televisión o películas, a un enfermo mental, frecuentemente llamado “loco” con la mirada desorbitada, la boca entreabierta, murmurando frases incoherentes o riendo de forma incontrolable, se muestra al enfermo mental actuando de manera extraña y con expresiones faciales raras, regularmente los personajes que rodean al “loco” se encuentran atemorizados por la incertidumbre de no saber cómo actuara.

Otro ejemplo frecuente se observa en los periódicos, aún con mayor frecuencia en la prensa amarillista, en donde se acostumbra mencionar el hecho de que un asesino o un secuestrador son enfermos mentales.

Veamos algunos ejemplos de encabezados que sugieren que la violencia y la enfermedad mental mantienen una estrecha relación. A continuación haremos referencia de algunos encabezados de noticias en los cuales se hace mención a la locura, como algo incontrolable e incluso peligroso.

#### MILENIO

“**Loco** arrolla y mata a poli”

Viernes 26/12/2008

“Saldos del día en que el dólar se puso **loco**”

Jueves 09/10/2008

#### LA PRENSA

“Captura la PGJE al **loco** criminal”

Sábado 01/12/2007

“**Loco** mato a quien le ofreció su casa”

Jueves 18/12/2008

## UNIVERSAL

“El Febrero **loco** puede causar problemas en la piel”

Martes 12/02/2008

“Apunto de la **locura**”

Miércoles 12/03/2008

## JORNADA

“Hugo Chávez califica al presidente Bush de “**loco**””

Viernes 10/06/2006

“Me obsesiona el título, no me vuelve **loco**”

Jueves 19/05/05

Estas son algunas muestras de como en la actualidad “locura”, “loco” sigue siendo un adjetivo referente de desorden, descontrol, desenfreno, peligrosidad, una situación indeseable para cualquier sujeto. Es importante indicar que en ninguna de los artículos referidos la enfermedad mental es el centro de la nota.

Gran parte de los periódicos publican con cierta frecuencia crónicas de este tipo, aún cuando la cobertura de estos actos tengan un detallado informe, permiten al lector una impresión engañosa y por demás sugerida, Debido al alto grado de parcialidad de la información, el lector queda libre de obvia e injustificada conclusión de que el asesino, el delincuente y otros actos de violencia ocurren con entre los enfermos mentales y no entre la población en general, de esta manera se establece una relación ineluctable entre violencia y enfermedad mental, este vínculo significa la incurabilidad de los trastornos mentales, es decir, relaciona al enfermo mental con actos violentos e imprevisibles.

Lo cual invita a la lógica de que es mejor encerrarlos, antes de que hagan daño.

El efecto de esta información confirma los estereotipos del público acerca de la enfermedad mental. La descripción de estos casos de violencia en los que participa, o se dice que participa, un enfermo mental, ejercen en el lector una repercusión emocional irreversible, ya que es mayor que la información veraz que se puede ofrecer de los verdaderos riesgos provenientes de los pacientes mentales.

Una de los componentes del estereotipo de la enfermedad mental es el temor irrazonado e irrazonable hacia los enfermos mentales, el cual determina que la sociedad se resista a correr riesgos y por ello la solución es el encierro.

Sin embargo el riesgo que se presenta enfrentarse a la enfermedad mental, no es mayor los riesgos que se encuentra y presentan en la vida cotidiana.

En algunas ocasiones podemos observar una mejor intención de los medios de comunicación por tratar de reinventar el concepto de enfermedad mental, muestra de ello lo podemos encontrar al escuchar programas de radio y televisión, en los cuales especialistas dan sus opiniones al respecto de la enfermedad mental, con el firme objetivo proporcionar mayor información a la sociedad en relación a este padecimiento, tratando de alejar a la opinión pública de los estereotipos, sin embargo, dichos medios refuerzan los estereotipos tradicionales y sobre todo generar una especie de furor en la búsqueda de síntomas psiquiátricos, De igual manera las campañas de salud mental generan esta búsqueda de mayores síntomas en los comportamientos. Por ejemplo: es frecuente ver programas con los temas como trastornos por déficit de atención, niños hiperactivos, anorexia, bulimia, depresión, estrés, esquizofrenia por mencionar solo algunos, en estos casos al ver el familia cuales son los síntomas de estos padecimientos, si existiera algún integrante de la familia que nuestra cierta inclinación hacia ellos, está en la mira, en espera de confirmar la hipótesis y asegurar que cuanta con dicho padecimiento. El hecho de ver un poco inquieto a un niño despertara las sospecha de hiperactividad, el hecho de que una joven no deseé comer, hará pensar que esta propensa a la anorexia. Un sujeto un poco desganado bien podría ser una persona deprimida.

La reafirmación del estereotipo de la enfermedad mental se refuerza tanto en los medios de comunicación, como en la vida cotidiana, muestra de ello es

la conversación común, expresiones, bromas, chistes, refranes y frases convencionales. A continuación mostraremos algunas:

- Ni loco!
- Esta volviéndome loco
- El día esta de locos
- Febrero loco y Marzo otro poco
- Esta loco por ella/él.
- Loquero (Psicólogo o psiquiatra)
- De músicos, poetas y locos, todos tenemos un poco.
- Corre como loco
- No estoy loco!
- Cada loco con su tema

Expresiones de este tipo y muchas más se utilizan con frecuencia en las conversaciones diarias, es importante destacar que en la mayoría de los casos la enfermedad mental no es el tema de conversación e incluso con mucha frecuencia las personas que se encuentran conversando ignoran que la están refiriendo.

Si analizamos vagamente algunas frases podemos observar que es constante el estigma que generara la “locura”, empleada como imagen sobreentendida de falta de control, actitudes desenfrenadas, rareza y extravagancia. Cuando usamos la expresión “Ni loco” queremos dar a entender que por ningún motivo harías cierto acto, emplear la frase “El día esta de locos”, nos referimos a un día caótico, al decir “Esta loco por ella” nos referimos a que su “amor” es irrazonable, que lo único que le importa es su pareja, otro frase recurrente es, ¡no estoy tan loco!, empleada después de un acto reprobable o injustificado. En la interacción social los estereotipos de enfermedad mental se reafirman de forma continua e inadvertida, es común que gran parte de la sociedad se familiarizarse con los conceptos médicos de enfermedad mental, como hemos mencionado de pronto los medios de comunicación se encuentran interesados en ofrecer información certera acerca de enfermedad mental, pese a ello, los estereotipos tradicionales de la enfermedad mental, no son desplazados, ya que continúan vigentes. En todos

los casos el término loco, de uso tan frecuente, entraña una burla sutil y un estado en el que nadie desearía caer. La implicación que genera esta palabra está presente, aun cuando la persona que emplea dicho término no tenga el propósito de transmitir ese significado.

Lo anterior nos lleva a determinar que el uso verbal convierte el estereotipo de la enfermedad mental en un elemento fijo de la estructura social.

Finalmente podemos concluir al respecto de los medios de comunicación y su influencia social que es difícil cambiar los estereotipos del público acerca de la enfermedad mental, ya que se mantiene un continuo refuerzo.

Estos estereotipos son tan resistentes al cambio ya que históricamente hemos observado que mantienen un carácter funcional, de suma importancia para la sociedad ya hemos visto repetidamente que siempre ha sido útil segregar al diferente, en este caso la locura siempre ha sido el concepto en el cual se puede encasillar casi cualquier diferencia, aunado a esto cumple con una valiosa labor de destacar el contraste fundamental entre la normal y la anormalidad, de esta manera hace saber a los sujetos lo importantes que es cumplir las normas y mantener buenas costumbres de lo contrario podrían sufrir la asignación del rotulo de "loco"

Lo anterior nos lleva a concluir que los conceptos de la enfermedad mental son un contrato social, esto es, los síntomas de los trastornos mentales son aprendidos a lo largo de la vida por un proceso de aprendizaje constante de manera indirecta, el lenguaje corriente, la transmisión de imágenes a través de los medios de comunicación. Los estereotipos del trastorno mental están muy arraigados en la sociedad por que le fueron inculcados en la infancia y reciben refuerzos continuos de los medios de comunicación, de la conversación cotidiana y se reafirma en la interacción social. Esto le permite al sujeto más adelante tener la facultad de determinar que comportamiento es correcto y cual no, de tal suerte que se convertirá en el primer juez de la salud mental.

Una vez que en la sociedad encontramos que cualquier sujeto tiene la facultad de considerar a otro sujeto como enfermo mental debido a su comportamiento nos encontramos con que la desviación se convierte en problema público, que requiere acción, tanto para quienes reaccionan como del desviado, por ello se requiere de una figura autorizada para considerar quien es y quien no un enfermo mental, este es el psiquiatra.

En la sociedad moderna, la diferenciación socialmente significativa de los grupos de enfermos mentales y los sanos, depende cada vez más del contexto, las circunstancias de lugar, la situación, la estructura social, las características personales entre otras.

Consideramos que es más apropiado considerar que la enfermedad mental es un status social y no una enfermedad, pues los síntomas de la enfermedad mental se hallan vagamente definidos y ampliamente distribuidos, y la definición de la conducta como sintomática de enfermedad mental depende, por lo general, de contingencias sociales antes que medicas.

En el caso de las enfermedades mentales, el diagnóstico psiquiátrico es un paso fundamental que organiza y activa la reacción de la sociedad, puesto que el Estado le ha facultado legalmente para segregar y aislar a quienes consideran necesario internar debido a que sufren una enfermedad mental. Pero antes de llegar al tema de la asignación del rotulo o diagnóstico, consideramos fundamental, desarrollar el tema de la familia, como el grupo primario que se encarga de denunciar la diferencia, de demandar la atención del especialista que trate al sujeto que considera "enfermo".

## CONCLUSIONES

Hemos iniciado nuestras reflexiones teóricas con la hipótesis de que las enfermedades mentales, particularmente la esquizofrenia, es una denominación social y no médica que se deposita en un sujeto y se legitima a través del psiquiatra, así mismo indicamos que se trata de un estigma, a tal grado que en ocasiones se segrega al sujeto de un hospital psiquiátrico. De igual manera destacamos la importancia y corresponsabilidad que tiene la familia, el Estado, la psiquiatría en el proceso de la enfermedad. Sustentamos estas ideas mostrando la dinámica institucional de un hospital psiquiátrico del Distrito Federal, en el que se encuentran internados varios “pacientes” por más de 15 años.

En ningún momento fue mi intención buscar culpables, sino responsables y concluyo lo somos todos, no se trata de un agente o una institución, son todos, es un conjunto, una corresponsabilidad. Culpabilizar a un miembro no sirve de nada, personalizando las culpas se encubren las causas reales.

La esquizofrenia nos ha permitido comprobar lo que la antipsiquiatría destaca, la vida no se reduce a cuestión biológica como nacer, crecer, reproducirse y morir, el individuo se desarrolla en un ambiente en el que existen afectos, lenguaje, valores, costumbres, todo esto atañe considerablemente su constitución.

A manera de conclusión sobre los temas que aquí hemos abordado:

*Sobre la antipsiquiatría*, por lo expuesto en este trabajo, el impacto de esta corriente se debió a la impugnación manifiesta basada en un sustento teórico e ideológico que invitaba a entender e integrar nuclearmente lo social en la producción de la enfermedad mental, particularmente en la esquizofrenia.

Resulta evidente como esta corriente rechaza el criterio de enfermedad mental como un criterio adaptativo, no aceptando que la “salud” sea considerada como un acatamiento a las normas.

En la actualidad la apuesta de Cooper, Laing, Basaglia, Szasz y Goffman, son vigentes, tienen el mismo sentido que hace medio siglo, como lo observamos en el hospital psiquiátrico, actualmente hay pacientes que han permanecido internados por más de 15 años, en contra de su voluntad, argumentando que son peligrosos para la sociedad, después de este largo

periodo la posibilidad de cura es nula, ser dado de alta dejó de ser una opción; la coerción, la imposibilidad de elegir construyeron su camino hacia la anulación. La antipsiquiatría sostiene, al igual que nosotros en este trabajo, que el “enfermo mental” generalmente es menos peligroso que lo que se cree respecto de él.

50 años pasaron desde la aparición de la antipsiquiatría y hoy estamos en la misma situación, se dicta el encierro en busca de la salud y el bienestar social.

El énfasis de Cooper y Laing en el rol de la familia, Basaglia en las relaciones sociales y políticas, así como Goffman en los estigmas sociales y los roles del sujeto, Szasz considerando la psiquiatría como la ideología autorizada para juzgar el comportamiento humano, estas ideas nos permitieron observar que la enfermedad mental es multifactorial, no se trata de una cuestión médica o biológica como lo considera la psiquiatría tradicional, tomando en cuenta esto, la apuesta sería que fuese atendida de forma multidisciplinaria.

*De los manuales médicos y la clasificación de la enfermedad*, la que trate de evidenciar en este apartado es que nos encontramos frente a una psiquiatrización de la vida, debido a que estos manuales nos alejan de una neutralidad científica,

Lo más importante sobre estos manuales y los médicos que los emplean no es el diagnóstico, la crítica no es en contra de la presunta enfermedad, sino lo que se hace con ella, es el encierro y anulación del sujeto.

Evidenciamos la dificultad técnica que existe de definir la “enfermedad” y en consecuencia las lagunas que esto genera al diagnosticar.

*Con respecto al hospital psiquiátrico* observamos particularidades que lo alejan del concepto clásico de hospital, como son:

Los pacientes al salir de los dormitorios no pueden volver a él, si están cansados deberán buscar algún árbol bajo el cual recostarse, una banca, el jardín, cualquier parte es buena para descansar...menos la cama. Lo anterior lo justifica la institución de la siguiente manera: es tener un mayor orden y vigilancia en los espacios, si los enfermos se concentran en una zona es más sencillo vigilarlos que si están dispersos en el hospital.

En los hospitales los pacientes tienen una dieta rigurosa y controlada en el hospital psiquiátrico en el cual realizamos este estudio no es así, la comida es

común. Adicional a los alimentos, los internos pueden tomar todo el refresco que les plazca, comer frituras, dulces, el argumento es que los pacientes sufren de ansiedad debido al encierro, lo cual es natural, y en busca de disminuir esta ansiedad les otorgan ciertas concesiones.

La ansiedad que genera el encierro es mucha, esta afirmación es frecuente escucharla, de parte de la familia, el personal de custodia y los psiquiatras, por ello también les es permitido a los internos fumar, los familiares durante sus visitas se encargan de proveer los suficientes cigarros para que el paciente pueda mitigar la ansiedad generada por el encierro cigarro a cigarro.

Como se puede ver el poder de las autoridades es lo suficientemente astuto ya que por un lado la coerción casi absoluta, al grado de no permitir al interno volver al dormitorio o tan laxo como para permitir fumar y beber refresco, esa es la eficaz administración del poder.

La intención con las citas que realizamos sobre nuestro trabajo de campo es evidenciar que después de tantos años de encierro la intención de curar ha quedado atrás, así, la institución dejó de ser un lugar de asistencia médica para ser una prisión. Observamos como el interno sufrió la desaparición social, la desinscripción, el borramiento de su palabra, el asesinato simbólico.

Con estas afirmaciones reitero que mi intención negar la enfermedad, sino cuestionar el tratamiento, nadie debe ser encerrado, aislado, segregado, internado, en contra de su voluntad argumentando un estado de salud.

*Sobre la familia*, no podemos dejar de lado que es una estructura inserta dentro de una lógica y una estructura social, los cambios deben construirse sobre una cultura, sobre un hospital, en este trabajo el hospital nos permitió mostrar que pasa con el enfermo mental, pero no está ahí la solución.

Dicen Confucio: “Si quieres que tu reino vaya bien, haz que vaya bien primero tu provincia; para que tu provincia vaya bien, haz que primero vaya bien primero tu ciudad; para que tu ciudad vaya bien, haz que vaya bien primero tu clan; para que tu clan vaya bien, haz que vaya bien primero tu familia; y para que tu familia vaya bien, haz que vayas primero tú”....¿por dónde empezamos?

Es la familia quien solicita apoyo al psiquiatra, es quien detecta el desvío a las normas, quien ante la anormalidad pide ayuda y espera la cura.

Este trabajo nos lleva a concluir que los conceptos de la esquizofrenia son un contrato social, que los síntomas de los trastornos mentales son aprendidos a lo largo de la vida por un proceso de aprendizaje constante de manera directa e indirecta a través el lenguaje corriente, la transmisión de imágenes a través de los medios de comunicación.

Los estereotipos del trastorno mental están arraigados en la sociedad porque nos fueron inculcados desde la infancia y reciben refuerzos continuos de los medios de comunicación, de la conversación cotidiana y se reafirma en la interacción social. Esto le permitirá más adelante a cualquier sujeto tener la facultad de determinar que comportamiento es correcto y cual no, lo normal y lo patológico, de tal suerte que se convertirá en el primer juez de la salud mental

Una vez que en la sociedad encontramos que cualquier sujeto tiene la facultad de considerar a otro sujeto como loco debido a su comportamiento nos encontramos con que esos desviados se convierte en un problema público, que requiere acción, por ello se requiere de una figura autorizada para considerar quien es y quien no un enfermo mental, este es el psiquiatra.

En la sociedad moderna, la diferenciación significativa entre los enfermos mentales y los sanos, depende cada vez más del contexto, las circunstancias de lugar, la situación, la estructura social que de las cuestiones biológicas y físicas de los sujetos.

Afirmamos que actualmente la esquizofrenia es más una categoría social que una enfermedad, pues los síntomas de esta enfermedad se hallan vagamente definidos y ampliamente distribuidos, y la definición de la conducta como sintomática depende, por lo general, de contingencias sociales antes que médicas.

La propuesta final es que cada una de las partes asuma su responsabilidad dentro de la dinámica de la esquizofrenia, el Estado asumiendo que los “anormales” no necesariamente deben ser improductivos y por ello segregarlos, creando ocupaciones con las características particulares que requiere un esquizofrénico y finalmente el sujeto el llamado enfermo, tratando de evitar a toda costa el encierro, el psiquiatra comprometiéndose con la salud y el bienestar del sujeto, tratando de ayudar sin tener que privar de la libertad al enfermo. La sociedad, entendiendo y respetando la diferencia, comprendiendo que cada sujeto es distinto y por ello el comportamiento también lo es, la familia

asumiendo que tiene un sujeto con características particulares que requiere un trato individual y esforzarse por brindar la ayuda necesaria entendiendo que tiene un padecimiento, y finalmente el sujeto denominado enfermo que dentro de sus posibilidades deberá entender y asumir que aunque tenga un padecimiento, se encuentra en una sociedad y que por ello tiene responsabilidades dentro de sus posibilidades y deberá cumplir con ellas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Basaglia Franca, *Mujer, locura y sociedad*, México, Universidad Autónoma de Puebla, 1985.
- Basaglia, Franco, Coordinador, *Los Crímenes de la Paz : Investigación Sobre los Intelectuales y los Técnicos Como Servidores de la Opresión*, México, Siglo XXI, 1981.
- \_\_\_\_\_, *La Institución Negada: Informe de un Hospital Psiquiátrico*, Barcelona, Barral, 1972
- \_\_\_\_\_, *La Mayoría Marginada : la Ideología del Control Social*, Barcelona, Laia, 1973.
- Bastide Roger, *Sociología de la enfermedades mentales*, México, Siglo XXI, 2005.
- Berger Miltin. M, Compilador, *Más allá del doble vínculo, Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos*, España, Paidós, 1993.
- Berlinguer Giovanni, *Psiquiatría y Poder*, España, Granica Editor, 1977.
- Bleger José, *Psicohigiene y psicología institucional*, Argentina, Paidós, 1999.
- Boyers Robert y Orrill Robert, Compilación, *Laing y la Antipsiquiatría*, España, Alianza Editorial, 1978.
- Clark D.H., *Terapia social en psiquiatría*, España, Ediciones Morata, 1982.
- Colucci Mario y Di Vittorio Pierangelo, *Franco Basaglia*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2006.
- Cooper David, *La gramática de la vida estudio de los actos políticos*, Ariel, México, 1978
- \_\_\_\_\_, *La muerte de la familia*, México, Planeta, 1986.
- \_\_\_\_\_, *Psiquiatría y antipsiquiatría*, España, Paidós, 1985.
- Durkheim Émile, *Las reglas del método Sociológico*, México, Coyoacán, 2001.
- Foucault Michel, *Los Anormales. Curso del Collage de France (1974/1975)*, México, 2006.
- \_\_\_\_\_, *El poder psiquiátrico*, Argentina, FCE, 2005.
- \_\_\_\_\_, *Historia de la locura en la época clásica I*, México, FCE, 2006.
- \_\_\_\_\_, *Historia de la locura en la época clásica II*, México, FCE, 2002.
- Garrabé Jean, *La noche oscura del ser, Una historia de la esquizofrenia*, México, FCE, 1996.

Goffman Erving, *Estigma, La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

\_\_\_\_\_, *Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

\_\_\_\_\_, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

\_\_\_\_\_, *Ritual de la Interacción*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1970.

Goffman Erving, Sacks Harvey, Cicourel Aaron, Pollner Melvin, *Sociología de la Situación*, Madrid, La Piqueta, 2000.

Mannoni Maud, *Un saber que no se sabe. La experiencia analítica*, España, Gedisa, 1988.

Nizet Jean, Rigaux Natalie, *La Sociología de Erving Goffman*, España, Melusina, 2006.

Laing, Ronald D., *Conversaciones con mis hijos*, España, Crítica, 1980.

\_\_\_\_\_, *Las cosas de la vida*, México, Crítica, 1988.

\_\_\_\_\_ y Esterson A., *Cordura, locura y familia, Familias de esquizofrénicos*, México, FCE, 2006.

\_\_\_\_\_, *Crítica de la familia y la sociedad a partir de la esquizofrenia*, Buenos Aires, Antigua Casa Editorial Cuervo, 1976.

\_\_\_\_\_, *El cuestionamiento de la familia*, España, Paidós Studio, 1986.

\_\_\_\_\_, *La voz de la experiencia*, España, Crítica, 1983.

\_\_\_\_\_, *El yo dividido*, España, FCE, 1975.

\_\_\_\_\_, *El yo y los otros*, México, FCE, 2002.

Sechehaye M. A. *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*, México, FCE, 2003.

Menéndez Eduardo L., *Cura y control, la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, México, Nueva Imagen, 1979.

Marcos Sylvia, Coordinación, *Antipsiquiatría y política, Intervenciones en el Cuarto encuentro Internacional de Alternativas a la Psiquiatría (Cuernavaca 1978)*, México, Editorial Extemporáneos, 1979.

Schatzman Morton, *El asesinato del alma, La persecución del niño en la familia autoritaria*, México, Siglo XXI, 2005.

Schreber Daniel Paul, *Memorias de un enfermo de nervios*, México, Sexto Piso, 2003.

Szasz Thomas, *Esquizofrenia, El símbolo sagrado de la psiquiatría*, México, Coyoacán, 2002.

\_\_\_\_\_, *El mito de la psicoterapia*, México, Coyoacán, 2004.

\_\_\_\_\_, *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*, Argentina, Amorrortu, 1994.

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación: CIE-10.

Madrid: Medica Panamericana, 2000.